

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SERVIÇO
SOCIAL

SARAH SILVA MARTINS

SAÚDE PÚBLICA VERSUS SAÚDE PRIVADA

Lutas e resistência da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

GOIÂNIA

2022

SARAH SILVA MARTINS

SAÚDE PÚBLICA VERSUS SAÚDE PRIVADA

Lutas e resistência da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sandra de Faria.

GOIÂNIA

2022

Catálogo na Fonte - Sistema de Bibliotecas da PUC Goiás
Márcia Rita Freire - Bibliotecária - CRB1/1551

M386s Martins, Sarah Silva
Saúde pública versus saúde privada : lutas e resistência
da frente nacional contra a privatização da saúde
/ Sarah Silva Martins. -- 2022.
131 f.

Texto em português, com resumo em inglês.
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da
Saúde, Goiânia, 2022.

Inclui referências: f. 109-125.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública
- Brasil - Privatização. 3. Privatização - Brasil. I. Faria,
Sandra de. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás -
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - 25/02/2022.
III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 614.39(81)(043)
364.69(043)

Sarah Silva Martins

SAÚDE PÚBLICA VERSUS SAÚDE PRIVADA
Lutas e resistência da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

A banca examinadora, abaixo identificada, aprova a dissertação de Mestrado em Serviço Social da discente Sarah Silva Martins para obtenção do título de mestre em Serviço Social na data de 25 de fevereiro de 2022

Profa. Dra. Sandra de Faria – Presidente
(Orientadora – docente PPSS/PUC Goiás)

Profa. Dra. Denise Carmen de Andrade Neves
(Membra titular interna – PPSS/PUC Goiás)

Profa. Dra. Tereza Cristina Pires Favaro
(Membra externa – UFG)

Profa. Dra. Rosana Carneiro Tavares - Suplente
(Membra suplente – PPSS/PUC Goiás)

*À todas e todos inconformados
com o descarte e extermínio de vidas
em prol de um sistema aniquilador de saúde.*

À Alessandra V. e Silva Martins.

AGRADECIMENTOS

“Povoada, quem falou que eu ando só? Nessa terra, nesse chão de meu Deus. Sou uma, mas não sou só. Tenho em mim, mais de muitas. Eu sou uma, mas não sou só mesmo”¹.

É nessa uma trajetória, única, mas atravessada e alimentada por muitas outras e no reconhecimento da potencialidade contida nessa perspectiva, que gostaria de traçar meus agradecimentos. O processo de estudo e escrita, materializado nessa dissertação, não seria este apresentado se não fossem as trocas com pessoas aqui nomeadas ou que, direta ou indiretamente, fizeram parte delas.

Agradeço à minha mãe, Alessandra, por ser meu maior apoio na continuação do mestrado, além de subsidiar as condições para a continuação. Agradeço também meu pai, Hamilton, que não deixou faltar nada para meu bem viver durante esse período. Minha gratidão à Liza, por seu apoio, companhia e por me desafiar com suas diferentes formas de ver e viver. Obrigada à Heloísa, por sua capacidade de me fazer esquecer das dificuldades e dos problemas macrosociais quando estamos juntas. Agradeço imensamente por serem minha base, minhas raízes! Vocês são meu chão, ponto de equilíbrio e amor.

Gostaria de registrar minha gratidão e amizade com Annaterra, Letícia, Kelven, Orlinda, Simara. Obrigada pelas conversas, debates, desabafos, experiências e trocas que compartilhamos nessa jornada chamada vida. Obrigada por trazerem leveza e pelos encontros em nosso caminhar. Vocês são força, alento e frescor!

Obrigada, à todas e todos que se fizeram presentes, de uma forma ou de outra. Seja fisicamente ou emanando energia.

Quero registrar o apoio, companheirismo e compromisso profissional de Daphne Marra durante a reta final dessa dissertação. Agradeço à Andrielle e Karla pelos momentos de aprendizado mútuo e de descontração.

Meu muito obrigada à Sandra de Faria, pela orientação, apoio, motivação e paciência. Assim como, estendo minha gratidão ao corpo docente do Programa de

¹ Música de Sued Nunes, intitulada “Povoada”.

Pós-Graduação Stricto-Sensu em Serviço Social da PUC Goiás, pelo compromisso com a ciência e o suporte necessários às/aos discentes.

Assim como, agradeço imensamente a Banca de Qualificação e Defesa, nas pessoas de Carla Agda Gonçalves, Tereza Cristina Favaro, Denise Neves, Rosana Tavares, pela disponibilidade, contribuições ao longo do processo formativo. Além da Alessandra, pelo seu carinho, orientações, conversas e conselhos, que foram de grande importância nesse processo.

Agradeço profundamente as portas que a PUC Goiás continua a me abrir. As pessoas que conheci por meio dela, colegas de turma do Mestrado, como Vanessa, Janaina, Taisa, Elton e Érica. Obrigada pelo apoio, carinho e afeto que tivemos durante nossa vivência juntas e juntos, mesmo “à distância”.

Gratidão à ABEPSS, principalmente, na Gestão “Aqui se respira Luta”, pelo acolhimento, reuniões, que renovam as energias para resistência, pelo aprendizado adquirido e pela construção coletiva. Um agradecimento especial à Região Centro-Oeste, nas pessoas de Betina Ahlert, Euzamar Ribeiro, George Ceolin, Kaic Ribeiro, Janaína Duarte, Josiley Carrijo, Mariana Feitosa e Samara Santos.

Agradeço à vida e seus percursos. Agradeço as que vieram antes e as que virão depois. Agradeço ao Universo e à Mãe Terra. Agradeço às energias e tudo aquilo que não conseguimos racionalizar, mas sentimos.

Acorda amor
O teto vai cair em cima de você
Sai logo da cama, vai
Vamo lutar

É preciso se movimentar e encontrar frequências parecidas
E equalizar todas estratégias possíveis
Para que as nuvens não parem de chover
Chover o suficiente para lavar o sangue do asfalto
E as crianças soterradas de lama
Todas hipnotizadas no futebol
Chile campeão mundial
Ninguém faz nada
Só observa
Eu só olho
Tu só óleo
Nós oleosos debaixo do sol

E o poeta faz a poesia
E a atriz atua uma preta favelada
Que não atura mais a sirene intolerante da viatura
E a cantora entrega uma canção
Que esfrega na cara do cidadão a questão:
Por que tu preferes o lugar de plateia
Assistindo seu lar todo sucumbir
Se podes tomar o protagonismo
E arrancar a cabeça do vilão?

Os nomes já foram dados aos bois
Todo mundo já sabe bem quem foi
Não adianta mentir
Só que continuamos imobilizados
Com medo de perder nossos imóveis
Famíliares e a liberdade
Que nunca foi nos dada

O que causa mais impotência:
O seu cigarro ou a sua religião?
Cuidado com a sua convicção
Acorda, amor!
Nos dias de hoje, rimar amor com democracia
É rimar amor com ficção

(Edgar, Sem Preguiça para Fazer Revolução, 2020)

RESUMO

Esta dissertação analisa as ações e resistências da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, nas particularidades sócio-históricas do capitalismo no Brasil, apreendendo os determinantes que tensionam a continuidade da luta e defesa por saúde pública universal e de qualidade. A investigação desenvolvida e que integra a dissertação possibilitou à pesquisadora estudar as estratégias de lutas da FNCPS em uma conjuntura de extremo ataque do capital às conquistas sociais históricas da classe trabalhadora. A hipótese norteadora de pesquisa é que o fortalecimento e defesa do SUS contém na Frente Nacional Contra Privatização da Saúde (FNCPS) um campo de resistência aos ataques neoliberais e neoconservadores contra a classe trabalhadora, ordenados pela expansão e intensificação da exploração da força de trabalho pelo capital. A configuração metodológica da pesquisa foi bibliográfica e documental. Nessa perspectiva, relaciona-se, com base em fontes documentais inventariadas, a agenda, as ações estratégicas da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde com o projeto político e social da reforma sanitária brasileira que origina e sustenta os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); apreendem-se os posicionamentos e a resistência manifestos pela FNCPS contra a privatização da saúde pública e realocação de fundo público em detrimento das políticas sociais, por meio de terceirização e flexibilização. Este estudo desenvolvido no Mestrado em Serviço Social da PUC Goiás, concentra-se na resistência e defesa do SUS constitucional, na perspectiva de contribuir para o fortalecimento do SUS e da constituição de uma nova sociabilidade.

Palavras-Chave: Saúde. Saúde Pública. Privatização. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the actions and resistances of the National Front Against the Privatization of Health (FNCPS), in the socio-historical particularities of capitalism in Brazil, apprehending the determinants that tension the continuity of the fight and defense for universal and quality public health. The investigation developed and that integrates the dissertation enabled the researcher to study the strategies of struggles of the FNCPS in a conjuncture of extreme attack of the capital to the historical social conquests of the working class. The guiding hypothesis of the research is that the strengthening and defense of the SUS contains in the National Front Against Health Privatization (FNCPS) a field of resistance to neoliberal and neoconservative attacks against the working class, ordered by the expansion and intensification of the exploitation of the workforce by the capital. The research methodology was bibliographic and documentary. In this perspective, based on inventoried documentary sources, the agenda, the strategic actions of the National Front against the Privatization of Health are related to the political and social Project of the Brazilian Sanitary Reform that originates and sustains the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS); the positions and resistance manifested by the FNCPS against the privatization of public health and the reallocation of public funds to the detriment of social policies, through outsourcing and flexibility, are apprehended. This study, developed in the Masters in Social Work at PUC Goiás, focuses on the resistance and defense of the constitutional SUS, with a view to contributing to the strengthening of the SUS and the constitution of a new sociability.

Keywords: Health. Public health. Privatization. National Front Against the Privatization of Health.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPs	Caixas de Aposentarias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva
DRE	Desvinculação de Receitas Estaduais
DRM	Desvinculação de Receitas Municipais
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Queer, Intersexo, Assexuais, dentre outras, outros e outras
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MOPS	Movimento Popular em Saúde

OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
ONG	Organização da Sociedade Civil
PCCS	Planos de Cargos, Carreiras e Salários
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PESES	Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
Pnad	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNP	Programa Nacional de Publicização
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REME	Movimento de Renovação Médica
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas Eleitoral
TCU	Tribunal de Contas da União
Vigiagua Humano	Programa Nacional da Qualidade da Água para Consumo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I: SAÚDE É DEMOCRACIA: ORIGEM E FUNDAMENTOS DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS	20
1.1 O Projeto da Reforma Sanitária e a criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.....	23
1.2 Particularidades da formação da FNCPS: concepções de saúde e projetos societários	34
CAPÍTULO II: A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE	52
2.1 Agenda de Lutas da FNCPS: eixos, desafios e propostas	55
2.1.1 Determinação social do processo saúde e doença e a saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais.....	56
2.1.2 Gestão e financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde	63
2.1.3 Modelo Assistencial que garanta o acesso, priorizando a atenção básica com respaldo na média e alta complexidade	69
2.1.4 Política de Valorização do Trabalhador da Saúde.....	74
2.1.5 Efetivação do Controle Social	79
CAPÍTULO III: SAÚDE PÚBLICA E A FORMAÇÃO DE UMA FRENTE PELA RESISTENCIA E LUTA CONTRA A PRIVATIZAÇÃO	85
3.1 Posicionamentos e ações da FNCPS acerca dos processos de privatização, terceirização e flexibilização da saúde pública.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS	122
APÊNDICES	126
APÊNDICE A – COMPOSIÇÃO DA FNCPS	127
APÊNDICE B – DOCUMENTOS PRODUZIDOS E ASSINADOS PELA FNCPS	129
APÊNDICE C - DOCUMENTOS SOBRE SAÚDE ESCRITOS POR ENTIDADES E/OU AUTORAS/ES DA FRENTE.....	130
APÊNDICE D - DOCUMENTOS NÃO DIRETAMENTE RELACIONADOS À SAÚDE.....	131

INTRODUÇÃO

O projeto de pesquisa originalmente apresentado para seleção discente no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GOIÁS), em 2020, foi delineado na proposta de continuidade e aprofundamento da monografia de Graduação, apresentada na mesma área pela pesquisadora, com um tema relacionado à política social de saúde, Serviço Social, burocratização e a necessidade contínua de medicamentos pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além do compromisso profissional e ético-político com a classe trabalhadora e com os direitos humanos, o referido projeto respondeu à experiência da pesquisadora no Serviço Social, assim como à sua condição de usuária do SUS como diabética insulino dependente².

A realização de pesquisas, seja na área acadêmica ou profissional, tem se tornado uma atividade cada vez mais desafiadora, principalmente no cenário da pandemia Covid-19 que expõe o total abandono e negação do governo federal de Jair Messias Bolsonaro, eleito presidente do Brasil, em 2018, com a produção científica, o conhecimento e a vida.

A Covid-19 é a doença causada pelo novo coronavírus conhecido como SARS-CoV-2. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tomou conhecimento da existência desse novo vírus em dezembro de 2019, quando um grupo de casos de "pneumonia viral" foi declarado em Wuhan, China. Em 11 de março de 2020, o surto de covid-19 foi caracterizado como uma pandemia pela OMS (OMS, 2021).

Embora não seja a primeira pandemia da história, a pandemia de covid-19 é considerada inédita porque suas consequências atingem os sistemas de saúde e, no conjunto dos contágios e letalidade, tem incidência de classe, gênero e raça, tensionando e aprofundando dimensões da crise do capitalismo.

A pandemia incidiu, e ainda incide, de forma avassaladora na vida e sobrevivência de pessoas que já estavam em situação de desigualdade social

² Condição ocasionada pela produção insuficiente ou nula de insulina no pâncreas, o que cria a necessidade de aplicações diárias de insulina para manter os valores de glicose no sangue dentro da normalidade.

devido a informalidade do trabalho, má condição de moradia e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (ESTRELA *et al*, 2020).

A desigualdade social carrega historicamente determinações de classe, raça e gênero: a camada mais empobrecida e sem acessos sociais da classe trabalhadora é composta principalmente por mulheres negras.

Nesse sentido, os impactos da infecção do Sars-CoV-2 serão sentidos de maneiras diferentes a depender da raça, classe e gênero, interseccionalmente³. Assim, a desigualdade já vivida por mulheres negras é intensificada e passa a abarcar outras camadas da classe trabalhadora com o acirramento da crise pandêmica e econômica.

Diante do acirramento da crise econômica, somada à pandemia da covid-19, o Estado é requisitado a uma maior intervenção na sociedade, por meio das políticas sociais e econômicas.

As ações realizadas nos países, por cada governo, – nos âmbitos político, social, econômico, sanitário – para enfrentar a pandemia, cumprir recomendações sanitárias e minimizar os impactos de crises anteriores tiveram implicações direta na sobrevivência de milhares de pessoas.

A situação foi agravada em países que não aderiram às recomendações sanitárias e científicas, como o isolamento social, o uso de máscaras, a implementação de subsídios financeiros para a sobrevivência da população durante a quarentena e o incentivo à vacinação. Foi o que aconteceu no Brasil. Jair Bolsonaro e seu governo desacreditaram na gravidade do vírus, ao caracterizar a doença como uma “gripezinha”⁴, desestimulou o isolamento social⁵, trocou de Ministro da Saúde quatro vezes por falta de “alinhamento” na condução da pandemia⁶, divulgou informações falsas⁷, incentivou o uso de medicamentos sem comprovação de eficácia⁸,

³ Do conceito de interseccionalidade, “analisa se quais condições estruturais atravessam corpos, quais posicionalidades reorientam significados subjetivos desses corpos, por serem experiências modeladas por e durante a interação das estruturas, repetidas vezes colonialistas, estabilizadas pela matriz de opressão, sob a forma de identidade” (AKOTIRENE, 2019, p. 27).

⁴ Conferir em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/03/24/na-tv-bolsonaro-faz-pouco-caso-do-coronavirus-e-pede-volta-a-normalidade>.

⁵ Mais informações em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/03/01/Como-a-sabotagem-ao-isolamento-entra-no-c%C3%A1culo-de-Bolsonaro>.

⁶ Verificar em: <https://www.ufrgs.br/humanista/2021/03/25/covid-19-troca-de-ministros-e-sintoma-de-doenca-mais-grave-afirma-especialista-em-saude-coletiva/>.

⁷ Averiguar em: <https://www.cut.org.br/noticias/campeao-da-mentira-bolsonaro-espalha-mais-de-3-fake-news-por-dia-a5bc>.

recusou-se a comprar vacinas⁹, resistiu à aprovação do Auxílio Emergencial¹⁰, o qual garantiu um valor mínimo para a população mais pobre durante a pandemia.

São nos serviços sociais, principalmente de saúde e de assistência, que a população leva suas demandas, muitas vezes de sobrevivência em tempos de crise, exigindo maior viabilização de recursos para o fortalecimento das políticas e garantia dos direitos sociais. Salienta-se que as políticas sociais sofrem de um histórico sucateamento, focalização e seletividade, rompendo com os preceitos da Seguridade Social da Constituição Federal de 1988. Além do próprio empenho do governo Bolsonaro em desaparelhar o SUS e em burocratizar as políticas assistenciais de socorro aos segmentos mais pobres da classe trabalhadora.

A principal porção de responsabilidade por tanto sofrimento e mortes toca, indubitavelmente, ao governo de Bolsonaro; mas, nestas mais de três décadas de um longo e permanente ajuste sobre as políticas sociais, todos os governos do período que se sucederam na presidência do país, especialmente depois da construção da Seguridade Social na letra da lei, não devem ser olvidados da crítica por sua colaboração no desaparelhamento e na derruição das condições sanitárias e de seguridade social para a classe trabalhadora brasileira (GRANEMANN, 2021, p. 7).

A política optada e adotada por Bolsonaro na condução da pandemia teve impacto na vida de toda população, tanto pela pela indiferença e pela não execução do orçamento aprovado para o combate à pandemia. São os grupos que mais demandam políticas sociais e/ou algum tipo de proteção social que sofreram/sofrem com a gerência da necropolítica¹¹ do governo.

No início de 2022, 116 milhões de pessoas — mais da metade dos lares brasileiros — estavam em situação de insegurança alimentar¹² e 19 milhões

⁸ Mais informações em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/04/19/obsessao-de-bolsonaro-hidroxicloroquina-aumenta-mortes-de-pacientes-com-covid-19>.

⁹ Conferir em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/05/28/ultimas-da-vacina-bolsonaro-poderia-ter-evitado-80-mil-mortes-apenas-com-coronavac>.

¹⁰ Mais informações em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/10/19/bolsonaro-se-mantem-contra-valor-de-r-600-para-o-auxilio-e-muito-para-o-brasil>.

¹¹ Formas contemporâneas que subjuga a vida ao poder da morte. Configura-se pela capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é “descartável” e quem não é (MBEMBE, 2016).

¹² A Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) no Brasil compreende-se como a falta de acesso a uma alimentação adequada, condicionada, predominantemente, às questões de renda (BRASIL, 2006).

passavam fome, numa tendência de alta no preço dos alimentos (entre 2018 e 2021 os alimentos ficaram, em média, 43% mais caros) e manutenção da alta taxa de desemprego (BARROS, 2022).

Nesse ponto, é preciso observar a condição de não exterioridade da pesquisadora como sujeito social e histórico e o compromisso, por meio da investigação científica, de problematizar e analisar o modo de produção capitalista e as bases ideológicas de uma sociedade desigual, patriarcal e colonial, como no Brasil.

Dentre os desafios para a investigação em um contexto de extremo agravamento das desigualdades sociais, percebeu-se a necessidade de se aprofundar na realidade concreta e, assim, permanecer e resistir aos ataques à classe trabalhadora, fortalecendo grupos e movimentos que se colocam na disputa pelo fortalecimento da saúde social, no seu conceito amplo, determinada pelas estruturas sociais.

Dito isso, o tema de pesquisa originalmente proposto foi revisado e ampliado, levando em conta a crise capitalista em suas dimensões estrutural, sistêmica e ambiental, a pandemia de covid-19 e a realidade sócio-histórica e política do Brasil,

É assim que o Brasil vai enfrentar o coronavírus: com 50 milhões de pessoas que não estão protegidas por um contrato de trabalho. E ainda mais: com uma outra parcela, provavelmente de igual tamanho, de trabalhadores formais em condições absolutamente precárias, porque o movimento das “reformas” nos últimos anos foi no sentido de deixar o emprego formal cada vez mais parecido com a informalidade, “flexibilizando” direitos e, assim, deixando os trabalhadores mais vulneráveis às crises (MELO, 2020, p. 3).

A revisão do tema e objeto de estudo da pesquisa permanece circunscrita à questão da saúde pública, inserida no contexto de crise estrutural do capital¹³, e aprendida como direito social. O que pressupõe refletir sobre as implicações para a política social de saúde em tempos de avanços irrestritos e incontroláveis de acumulação e produção “numa forma que faz prever a autodestruição, tanto para este sistema reprodutivo social excepcional, em si, como para a humanidade em geral” (MÉSZÁROS, 2011,

¹³ “uma crise que afete o sistema do capital global não apenas em um de seus aspectos – o financeiro/monetário, por exemplo – mas em todas as suas dimensões fundamentais, ao colocar em questão a sua viabilidade como sistema reprodutivo social” (MÉSZÁROS, p. 95).

p. 95).

Na reformulação do projeto de pesquisa, o objeto de estudo delineou sobre o exame das estratégias de lutas e resistências da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) em defesa de uma saúde pública, 100% estatal, gratuita e de qualidade, considerando a consonância da FNCPS com o Projeto da Reforma Sanitária no Brasil que deu origem histórica aos fundamentos da concepção do SUS, baseada na saúde coletiva, pensada e articulada às estruturas sociais.

A investigação desenvolvida permitiu a pesquisadora estudar as estratégias de lutas da FNCPS em uma conjuntura de extremo ataque do capital às conquistas sociais históricas da classe trabalhadora. Diante o exposto, a hipótese norteadora de pesquisa é que o fortalecimento e defesa do SUS contém na Frente Nacional Contra Privatização da Saúde (FNCPS) um campo de resistência aos ataques neoliberais e neoconservadores contra a classe trabalhadora, ordenados pela expansão e intensificação da exploração da força de trabalho pelo capital.

Os elementos discutidos a partir da hipótese de investigação abrangem as particularidades das políticas macroeconômicas no Brasil, no contexto de crise capitalista, a forma como estas reverberam e determinam as políticas sociais, especialmente na saúde pública e no Sistema Único de Saúde (SUS), em contraposição à articulação dos setores populares da sociedade e lutas em defesa da política social.

Questões estas que não se desvinculam da historicidade brasileira, da violência sistêmica, do extermínio dos povos originários, do regime escravocrata, do Golpe de 1964, da Ditadura Militar, da luta indígena, dos quilombos, das lutas pela democracia, garantia de direitos sociais na Constituição Federal de 1988, apesar de seu caráter dual e conciliador.

A configuração metodológica da pesquisa que integra a dissertação foi bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica garantiu, principalmente, o aprofundamento e apreensão das dimensões da crise capitalista, das tendências nas políticas sociais, da Proposta da Reforma Sanitária, por meio da revisão bibliográfica, acervos documentais e estudo de trabalhos dissertativos e teses já produzidos sobre o tema.

A pesquisa documental sobre a Frente foi realizada em livros, teses,

estudos, material publicado por participantes e parceiros. Para responder e desenvolver os objetivos da pesquisa sobre as ações e resistência da FNCPS, em defesa da saúde pública, o primeiro procedimento de organização e mapeamento dos documentos foi inventariar as fontes disponibilizadas pelo site da FNCPS, na página Materiais, onde 22 documentos foram identificados. Os documentos foram categorizados em documentos escritos e assinados pela Frente (Apêndice B); documentos sobre saúde escritos por entidades e/ou autores da Frente (Apêndice C); e documentos não diretamente relacionados à saúde (Apêndice D).

Na dissertação, a análise dos documentos, contidos nos capítulos I e II, segue a exposição e estruturação dos cinco eixos da agenda de lutas da Frente: 1- Determinação social do processo saúde e doença: a saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais. 2- Gestão e financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde. 3- Modelo assistencial que garanta o acesso, priorizando a atenção básica com respaldo na média e alta complexidade. 4- Política de valorização do trabalhador da saúde. 5- Efetivação do Controle Social.

A análise das fontes documentais permitiu apreender a história da Frente, composição, agenda de lutas, garantiu a sistematização de elementos significativos sobre as particularidades sócio-históricas do capitalismo no Brasil, dos determinantes que tensionam a continuidade da luta e defesa da saúde pública e que justificaram a sua criação, articulação nacional, ações e resistências contra a privatização da saúde, desde 2010.

A dissertação tem como objetivo analisar as ações e resistências da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, nas particularidades sócio-históricas do capitalismo no Brasil, apreendendo os determinantes que tensionam a continuidade da luta e defesa por uma saúde pública universal e de qualidade. Com base nas fontes documentais inventariadas, é possível refletir sobre a agenda, as ações estratégicas da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, considerando seus vínculos com o projeto político e social da Reforma Sanitária brasileira que origina e sustenta os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Analisar os posicionamentos e a resistência manifestados pela FNCPS contra a privatização da saúde pública e realocação de fundo público em detrimento das políticas sociais, por meio de

terceirização e flexibilização.

Discutir saúde é discutir sociedade. É discutir a sociedade capitalista estruturada, mercadológica e fetichizada e analisar, criticamente, o projeto societário burguês que não atende às necessidades e requisições da maioria da população como classe e força de trabalho, pelo contrário, acumula fome, dor, violências e intensifica processos de exploração da força de trabalho e expropriação social.

O projeto de saúde vinculado à Reforma Sanitária é fruto de lutas e articulações entre estudantes, profissionais de saúde e movimentos sociais, as quais defendem a universalização do acesso, a partir da concepção de saúde como direito social e dever do Estado. Além do SUS como estratégia de reestruturação do setor de saúde individual e coletiva, lutam pelo fortalecimento dos Conselhos de Saúde como espaços de democratização, pelo efetivo financiamento e descentralização para as esferas estadual e municipal do processo decisório (BRAVO, 2009).

No sentido de resistência e constante afirmação dos princípios democráticos e universais do SUS, a defesa do Projeto da Reforma Sanitária unifica e legitima a criação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) em 2010. A Frente foi criada na tentativa de impedir a continuidade da gestão terceirizada nos hospitais públicos, na mesma perspectiva da Proposta da Reforma Sanitária de 1970: o combate às privatizações.

A criação da FNCPS levantou questões sobre sua formação em tempos de crise estrutural do capital, sua continuidade e seus vínculos com a Proposta da Reforma Sanitária. Daí a importância para o conhecimento científico de estudar, investigar e analisar as formas de organização da sociedade civil nos movimentos e entidades sociais de resistência e luta pelo legado do Projeto da Reforma Sanitária como projeto de sociedade e pela saúde como direito social público e universal.

Pesquisar os movimentos sociais que se opõem à saúde privada é fundamental na construção e fortalecimento de uma nova sociedade. Além de resgatar o projeto político e social da Reforma Sanitária para fortalecer a universalidade e equidade do SUS, bem como o conceito ampliado e multifatorial de saúde e seus determinantes, é preciso ter a ousadia de sonhar com o desconhecido do real, do vivido e ousar lutar por uma construção social

coletiva, democrática e universal, onde seja possível discutir e assegurar o direito à saúde sem limitações estruturais e/ou burocráticas e/ou discriminatórias.

A dissertação está estruturada em Introdução, três capítulos e Considerações Finais. O Primeiro Capítulo aborda a origem do SUS e seus princípios, as particularidades sócio-históricas propulsoras de mobilizações sociais em prol de ideais democráticos e de direitos sociais. Assim como, apresenta as forças em disputa na conquista da saúde como direito e dever estatal e como essa disputa relaciona-se diretamente a projetos societários, que se refletem na política econômica, social, nos acessos a serviços e na sobrevivência da população. E retrata a criação da FNCPS e a articulação de continuidade na disputa.

No Segundo Capítulo são refletidos e destacados os elementos propulsores para a criação da FNCPS e sua composição. São retratadas as ações, mobilizações, estratégias e ampliação da luta e das articulações. Ademais, analisa-se a agenda de lutas da entidade, que estrutura seu processo de organização e direciona seus posicionamentos.

No Terceiro Capítulo as posições e ações desencadeadas pela Frente Nacional Contra a Privatização Nacional da Saúde são analisadas a partir de particularidades pertinentes aos processos capitalistas de privatização, terceirização e flexibilização dos direitos sociais, especialmente a saúde pública. A privatização da saúde por meio das Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) é problematizada de acordo com o posicionamento e ações da FNCPS, analisadas nos documentos inventariados durante a investigação.

CAPÍTULO I: SAÚDE É DEMOCRACIA: ORIGEM E FUNDAMENTOS DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

A Seguridade Social, de acordo com o artigo 194, “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2021, p. 106). Para Boschetti (2009), as políticas da Seguridade Social passaram por reorganizações e reestruturações com novos princípios e diretrizes para compor o sistema de proteção social brasileiro.

Em relação à saúde, a CF de 1988 inseriu uma concepção de saúde nos artigos 196 a 200 que expressam diversas reivindicações do Projeto da Reforma Sanitária e a defesa da “saúde como direito 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” (BRASIL, 2021, p. 108). Inclui também a definição das diretrizes do sistema único de saúde, além de seu financiamento e suas atribuições.

Em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90) que regulamenta em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executadas isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Ao se referir às ações e serviços de saúde prestados por pessoas naturais ou jurídicas, pode ser interpretada como capaz de interferir na medicina liberal e na medicina empresarial, por exemplo. Do mesmo modo, ao contemplar entidades jurídicas de direito público ou privado, essa regulação poderia se dirigir a serviços e ações de saúde realizados por fundações públicas, instituições filantrópicas e empresas privadas, como as que comercializam planos de saúde. Entretanto, os problemas enfrentados pela sociedade brasileira no período em que esta lei foi aprovada e implantada impediram que se levasse às últimas consequências a abrangência dessa legislação. Muitos se contentaram em reconhecê-la apenas como “a lei do SUS” (PAIM, 2009, p. 52).

O autor destaca que o SUS é uma estratégia e resposta social aos problemas e necessidades de saúde da população brasileira. No entanto, é fundamental implementar políticas sociais, econômicas e ambientais para

promover a saúde e redução de riscos e agravos. Além das reformas sociais, como a Reforma Agrária e a Reforma Tributária, intervenções de ampla abrangência, que ultrapassem as possibilidades do SUS (PAIM, 2009).

Paim (2009) salienta que apenas após indicar a importância das políticas econômicas e sociais para a saúde é que a Constituição menciona a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. “Muitas dessas ações e serviços são responsabilidades intransferíveis do sistema de saúde, mas não é possível desconhecer o impacto das políticas econômicas e sociais sobre as condições de saúde da população” (PAIM, 2009, p.44).

O autor também apresenta as diretrizes constitucionais sobre a questão saúde como essenciais para a construção do SUS, reivindicados e conquistados pelo Projeto da Reforma Sanitária. Dessa forma, é preciso compreender os conceitos de universalidade, equidade¹⁴, promoção, proteção e recuperação da saúde, de rede, regionalização, descentralização, integralidade e a participação da comunidade como componentes do SUS para, então,

concluir que o SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição Federal e pelas leis subseqüentes (PAIM, 2009, p. 51).

O cenário de implementação do SUS nas décadas de 1990 e 2000 foi permeado por contrarreformas estruturais na Seguridade Social ditadas pela lógica neoliberal, que tendia a ruptura com o direito universal à saúde. Segundo Bravo (2009), na década de 1990, dois projetos estavam em disputa nessa área: o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária¹⁵. O projeto de saúde

¹⁴ Em situações que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades, impedindo atingir a igualdade. Com vistas sobretudo à distribuição de recursos, cresce em importância a noção de equidade, que admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade (PAIM, 2009, p. 45).

¹⁵ Algumas autoras, como BRAVO; PELAEZ (2018), SOARES (2012), alertam a existência de um terceiro projeto para saúde: o “SUS possível”, um consenso entre o Projeto da Reforma Sanitária, em que não seria necessário sacrificar a lucratividade do capital. Porém, para a

orientado para o mercado, caracterizado pela Reforma do Estado ou Contrarreforma, é uma das estratégias do ajuste neoliberal (BRAVO, 2009).

O projeto do grande capital defendido por agências internacionais apoia o processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor. O projeto da saúde vinculado ao mercado e de privatização impõe ao Estado a efetivação de ações mínimas na saúde, focalizadas no atendimento ao cidadão que não pode pagar pelo serviço. Essa política propõe uma contrarreforma constitucional, cuja estratégia é retirar o Estado de suas funções básicas e democráticas e ampliar seu papel no setor econômico.

A direção ideológica dessa contrarreforma constitucional consiste em considerar que há um

[...] esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. (BRAVO, 2009, p. 100).

O desenvolvimento de propostas reformistas e neoliberais evidencia o crescente repasse do fundo público para o setor privado, o desmonte e a mercantilização da saúde pública.

O projeto de saúde que formou o SUS está vinculado ao Projeto da Reforma Sanitária, fruto de lutas e articulações entre segmentos populares, profissionais de saúde, estudantes e acadêmicos. O ponto central do projeto é a defesa da universalização do acesso, a partir da concepção de saúde como direito social e dever do Estado. No processo/projeto da reforma sanitária o SUS é uma estratégia de reestruturação do setor de saúde individual e coletiva, de fortalecimento dos Conselhos de Saúde como espaços de democratização, de efetivo financiamento e descentralização para as esferas estadual e municipal do processo decisório, segundo análises de Bravo em diferentes produções. (2004; 2009; 2011b).

O Projeto da Reforma Sanitária representa um legado de reivindicações por saúde universal e igualitária desde 1980, quando segmentos da sociedade

finalidade de análise desta dissertação e pesquisadora, considera-se o SUS possível como extensão do projeto privatista, uma nova roupagem.

se articularam para defender esse novo conceito de saúde e lutar pela saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado. A luta pela saúde ganhou proporções que se refletiram nas propostas e deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, um marco para essa política social.

No sentido de resistência e constante afirmação dos princípios democráticos e universais do SUS e defesa do legado do Projeto da Reforma Sanitária, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde foi criada em 2010, na tentativa de impedir a continuidade da gestão terceirizada nos hospitais públicos, na mesma perspectiva da Reforma de 1970: o combate às privatizações.

A criação da FNCPS levanta questões sobre sua formação em tempos de crise estrutural do capital, sua continuidade e seus vínculos com o Projeto da Reforma Sanitária. Daí a importância para o conhecimento científico de estudar, investigar e analisar as formas de organização da sociedade civil nos movimentos e entidades sociais de resistência e luta pelo legado do Projeto da Reforma Sanitária como projeto de sociedade e pela saúde como direito social público e universal.

1.1 O Projeto da Reforma Sanitária e a criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

As ações e movimentos denominados de Projeto da Reforma Sanitária tiveram início em um dos períodos mais perversos da história brasileira. Um contexto de cerceamento de liberdades individuais e coletivas, censura de expressão, além da repressão e perseguição aos agentes políticos e sociais.

O Golpe Militar de 1964 e a Ditadura que durou por vinte anos resultaram em uma “modernização” do Estado e uma intensificação da questão social, causando a precariedade das condições de moradia, educação, saúde e saneamento da população. Importante dizer que, “o poder burguês do pós-64, inaugurando o modelo burocrático-autoritário, significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo” (BRAVO, 2011b, p.54).

A ditadura militar foi o desfecho da crise de dominação burguesa no

Brasil em contradição com os anseios democráticos, nacionais e populares.

A ditadura passou a estar presente em todos os campos da vida social, instaurando um clima fascista generalizado, e a expressar, de forma aberta, as exigências da economia política de reprodução monopolística. Houve uma simbiose entre a ditadura e o capital monopolista (2011b, p.57).

As ações estatais utilizaram o binômio repressão-assistência, na ampliação, burocratização e modernização do Estado, visando um aumento do poder estatal, a diminuição das tensões sociais, a legitimidade governamental, além de uma forma de acumulação de capital (BRAVO, 2011).

Na saúde, o período foi marcado por uma reorganização perversa, nas palavras de Favaro (2009). O modelo curativo da atenção médica previdenciária e o sanitarismo campanhista¹⁶ da Primeira República são reorganizados. Os interesses privados foram privilegiados; houve o favorecimento de segmentos particulares na gerência do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a exclusão dos trabalhadores¹⁷; a cobertura da assistência médica foi ampliada com o objetivo de criar um “complexo médico-industrial” com interesses capitalistas de mercantilização da saúde¹⁸. De acordo com Bravo (2004), a política de saúde na ditadura,

[...] desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médico-curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação do atendimento a clientela (BRAVO, 2004, p. 27).

¹⁶ modelo das 'campanhas sanitárias', destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. (...) Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social." (LUZ, 1991).

¹⁷ Com o uso mais racional de recursos financeiros, o Estado passou a intervir nos IAPs. Dessa forma, foram retirados os trabalhadores da gestão da previdência, delegando-os ao papel de financiadores. Assim, o Estado fortaleceu a influência de três segmentos no comando da previdência: indústria farmacêutica, equipamentos médico-hospitalares e proprietários de hospitais (FAVARO, 2009).

¹⁸ Essa ampliação é “resultado da união do Estado com empresários nacionais (empresas prestadoras de assistência médica e indústria estrangeira, indústria farmacêutica, de equipamentos e de aparatos médicos), com a finalidade de formar um “complexo médico-industrial” responsável pela política de saúde assistencial voltada para os interesses capitalistas, ao ordenar a relação capital X trabalho, garantindo elevadas taxas de lucros para as grandes empresas monopolistas internacionais” (FAVARO, 2009, p. 60).

A iniciativa privada possuía grande influência e pressão, usufruindo de articulações com ministros de saúde, com cargos políticos e com a administração previdenciária. Percebe-se, assim, que mesmo ampliando a assistência para buscar legitimidade, quando esta acontece atravessada de interesses privados,

retira da cidadania o seu conteúdo político de participação e acompanhamento dos negócios públicos, exaurindo as possibilidades de construção de consensos, fundamentais para o exercício do poder político e de legitimidade para o Estado (FLEURY, 1997a apud FAVARO, 2009, p. 62).

Este cenário de “milagre econômico” às custas de cidadania, liberdades e democracia contribuiu para o início da derrota da Ditadura brasileira. As reivindicações e articulações por uma saúde universal e igualitária se dão nesse contexto.

O favorecimento do setor privado em detrimento ao direito da população fez com que grupos e entidades se organizassem para pressionar o Estado por uma intervenção em saúde eficaz, eficiente e universal. É nesse sentido que surgiu o movimento sanitário: sua luta era pautada contra a privatização e nos acessos democráticos, condicionantes de saúde - saneamento básico, serviços públicos, emprego, educação, dentre outros.

O movimento sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses [...]. O que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos [...]. O movimento se identifica como condutor das aspirações de grupos de consumidores, de usuários dos serviços de saúde enquanto cidadãos (VAITSMAN, 1989, p. 153-154 apud PAIM, 2008, p. 29).

A Proposta da Reforma Sanitária se insere nas lutas mais gerais pela democratização do Brasil, na década de 1970. É em 1974 que se inicia uma abertura lenta e gradual do regime ditatorial para a transição democrática¹⁹, durante o governo do General Geisel na busca por legitimidade da dominação

¹⁹ Relevante destacar que essa transição democrática tinha como objetivo “a recomposição de um bloco sociopolítico para assegurar a institucionalização duradoura do sistema de relações econômico-sociais e políticas a serviço dos monopólios, pautando-se numa iniciativa de liberalização controlada e limitada, supondo a combinação de formas parlamentares com mecanismos decisórios ditatoriais” (BRAVO, 2011b, p.78-79).

e hegemonia. O que repercutiu no fim do Regime Autoritário no país, via anistia universal, em 1979, com o governo de João Figueiredo.

O que se vislumbrou na América Latina foi o esgotamento do projeto do capital via autoritarismo pelo endividamento externo. A crise econômica, agravada em 1979, culminou no aumento do desemprego, aumento do custo de vida, na taxa de inflação a 200%, na crise da previdência social. Os reflexos atingiram as condições de vida das classes trabalhadoras de forma insustentável, obrigadas a consumir o mínimo para sua subsistência (BRAVO, 2011b).

Enquanto se intensificavam as expressões da questão social, era lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) que preconizava a execução de políticas compensatórias à espera do crescimento econômico do país. Nesse sentido, novas estratégias de planejamento social foram desenvolvidas, e na área de saúde, começaram chamadas *políticas racionalizadoras*,

Tais políticas incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário. Esta foi a resposta do Estado brasileiro à crise sanitária no período do “milagre econômico”, seja em relação às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, seja no que se refere às condições de saúde, como o aumento da mortalidade infantil, a epidemia dos acidentes de trabalho, o recrudescimento de endemias e a questão da meningite (PAIM, 2008, p. 70).

Diante de uma crise sanitária, a qual também sofreu censura²⁰, segmentos populares, estudantis, profissionais e intelectuais adentram o cenário político e social da questão saúde.

Paim (2008) distingue cada segmento, sendo o popular ligado a clubes de mães²¹, conselhos comunitários e organizações na Zona Leste e periferia de São Paulo, muitos ligados a setores progressistas da Igreja Católica. Além de

²⁰ Duas semanas após Geisel receber um documento do Serviço Nacional de Informação que relatava sobre a epidemia de meningite em São Paulo, que atingiu 18 mil pessoas e matou cerca de duzentas, o governador do estado, Laudo Natel, proibiu de repassarem qualquer informação à imprensa (PAIM, 2008).

²¹ Grupos de mulheres, geralmente ligados às comunidades católicas de atuação inspirada na Teologia da Libertação, incentivaram a participação feminina na sociedade. Refletiam o papel das mulheres, as relações familiares e de trabalho, as dificuldades da vida na periferia. Com o tempo, ajudaram a fomentar inúmeros movimentos populares por melhorias nos bairros, como as lutas por escolas, postos de saúde, creches, por transporte e pela regularização dos loteamentos clandestinos (AZEVEDO; BARLETTA, 2011).

reivindicações contra a carestia, podem ser identificadas iniciativas em outras localidades do país associadas ao Movimento Popular de Saúde (MOPS).

O segmento estudantil teve grande relevância, pois foi no segmento de formação que se constituíram as consciências decisivas para a constituição de movimentos que orientarão a saúde posteriormente. Além do movimento estudantil ter desempenhado papel importante nas reivindicações pela libertação de presos políticos e por liberdades democráticas (PAIM, 2008).

Já o segmento profissional se deu por meio da mobilização das/os médicas/os residentes para a regulamentação da Residência Médica, desdobrando-se no Movimento de Renovação Médica (REME)²².

Do lado intelectual, destaca-se a participação de docentes nos departamentos de medicina preventiva e social e escolas de saúde pública, além de pesquisadoras/es vinculadas/os à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência²³, onde seus debates repercutiam criticamente no regime e no governo, além de apoiar a participação estudantil em encontros que propiciaram a politização da saúde (PAIM, 2008).

Paim nota, ainda, a participação de universidades e de serviços de saúde no desenvolvimento de programas de medicina comunitária, com ênfase em pessoal auxiliar, organização de serviços de saúde e participação da comunidade, geralmente financiados por fundações americanas, que contemplava a integração docente assistencial (2008)²⁴.

Essas articulações são processos históricos essenciais para a formulação do Projeto da Reforma Sanitária de 1970. Ainda que anteriores,

²² Eram socialistas, comunistas que criticavam a prática médica principalmente da perspectiva das classes populares, discutindo o direito à atenção médica, a socialização dos serviços de saúde, a nacionalização da indústria farmacêutica; reconhecia-se como “representante dos assalariados, liberais, residentes, os médicos funcionários públicos e do INPS, enfim, todos aqueles que se ressentem do atual estado de coisas no campo da saúde” (REME, 1977). Os movimentos de Renovação Médica dispunham-se a romper a barreira de descrédito dos sindicatos junto à categoria (SCOREL, 1999).

²³ Há um destaque para o Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES) da Fiocruz, o Mestrado em Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) da Universidade de São Paulo, da Santa Casa, da Paulista de Medicina, de Ribeirão Preto, de Botucatu, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, o Mestrado em Saúde Comunitária da Universidade Federal da Bahia e o DMP da Universidade Federal da Paraíba (SCOREL, 1999).

²⁴ O autor destaca a experiência de Montes Claros, a qual “representou a face mais ousada de um projeto contra-hegemônico, identificada como uma das origens institucionais da proposta da Reforma Sanitária e do SUS” (PAIM, 2008, p. 72). Concebida como um laboratório da democratização da saúde, foram conceitualizados e testados ali alguns dos principais instrumentos que passariam a ser conhecidos como Reforma Sanitária (TEIXEIRA, 2011).

muitas dessas articulações culminaram no Cebes, de acordo com Ravagnani (2013, p. 34), “órgão que formulava, difundia e ampliava o debate em torno de uma proposta democrática de saúde”.

Essas movimentações estão associadas à retomada da democracia e aos movimentos na América Latina, apoiados pelas deliberações da declaração de Alma-Ata²⁵, da OMS, em 1978.

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. [...] A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países. [...] Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais (BRASIL, 2002a, p.1).

É na direção da inserção dos determinantes de saúde e da responsabilização estatal que se desenvolvem os debates sobre as concepções de saúde.

O Projeto da Reforma Sanitária Brasileira foi respaldado pela Reforma Sanitária Italiana, ao empregar a estratégia da consciência sanitária, definida por Berlinguer como “[...] a tomada de consciência de que a saúde [...] é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como este direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é ação individual e coletiva para alcançar este objetivo” (1978, p. 5), pela mobilização das massas contra os interesses do capital.

O Projeto de Reforma Sanitária,

[...] pauta-se pela crítica ao modelo hegemônico de saúde com acesso restrito e privatizado, orientando-se pela concepção democrática do direito de todos, e pela redefinição do papel do

²⁵ Declaração concebida a partir da realização da Conferência Internacional de cuidados Primários de Saúde em 1978, organizada pela OMS e Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), defendia a execução e expansão dos cuidados primários de saúde enquanto prioridade para o desenvolvimento econômico e social mundial, e portanto, como necessidade urgente de ser incorporada na agenda governamental de todos os países, sendo estipulada enquanto meta global a ser alcançada até os anos 2000 (CAPITINGA, 2020).

Estado, nas três esferas de governo, na prestação do atendimento e financiamento efetivo. Ressalte-se que a saúde é entendida como pioneira ao utilizar o conceito de sistema na área social e a importância da existência de uma tradição internacional tornando possível a instituição da saúde como um direito social e dever do Estado (RAVAGNANI, 2013, p.36).

O Projeto da Reforma Sanitária reuniu as mais variadas aspirações da população em um movimento social que conseguiu reunir mulheres, estudantes e trabalhadores da área da saúde para debater como a falta de acessos implicava diretamente na falta de saúde e criar estratégias para enfrentar essa realidade. O Projeto realizou ações em saúde voltadas para a atenção básica, buscando uma possibilidade diferente da assistência hospitalar oferecida pelo governo; conquistaram centros de saúde e conselhos populares, que representavam as demandas da população em relação à saúde.

O Projeto da Reforma Sanitária toma o rumo oposto ao projeto de saúde dominante nos moldes capitalistas. Propondo e lutando por um projeto societário, além da saúde.

Nesse contexto, considera-se que a saúde, ao ser moldada pelas configurações do Estado mediante as exigências da preservação e legitimação do capitalismo, apresenta um componente revolucionário visto que está condicionada às formas de organização da produção fundadas na exploração e expropriação, de modo que as ações pela defesa/ampliação da saúde perpassam pela alteração dos modos de vida, de trabalho, do saneamento básico, alimentação, cultura, dentre outras, colidindo com os interesses do capital e evidenciando suas contradições mediante as diversas expressões da questão social. Propicia a possibilidade do pensamento crítico sobre os limites do modo de produção vigente e a necessidade de sua transformação, escancarando o caráter genuinamente classista da luta pela saúde (CAPITINGA, 2020, p. 25).

É nessa dimensão que “a saúde deixou de ser interesse apenas técnico para assumir a dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2011b, p. 93).

As deliberações do Projeto da Reforma Sanitária ressoam nas Conferências Nacionais de Saúde, com destaque para as VII e VIII Conferências, nos anos 1980 e 1986, consecutivamente. Suas articulações tiveram papel primordial na consolidação do entendimento da importância da saúde pública no Brasil.

Foi na VII Conferência Nacional de Saúde que o CEBES foi convidado

a participar e colaborar para a apresentação de uma proposta chamada PREV-Saúde, que fundiria o Ministério da Previdência e Assistência Social ao Ministério da Saúde. As propostas da Conferência foram: a criação de postos de saúde, como porta de entrada; a disponibilidade de uma lista de medicamentos prioritários/básicos; e o estabelecimento de salários para os profissionais de saúde.

A proposta da PREV-Saúde era vista como estatizante e “comunista” pelas elites no governo, assim, profissionais da previdência e da saúde foram expurgados e sanitaristas foram perseguidos.

Mais tarde, em 1986, o Projeto da Reforma Sanitária se articulou na VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco para a Política de Saúde, com mais de 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados (as), que partiram para um âmbito de discussão “com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento” (OLIVEIRA, 2016, p. 5).

O relatório final da VIII Conferência apontou os principais elementos constitutivos do Projeto da Reforma Sanitária: o reconhecimento da saúde como direito e dever do Estado; a ampliação do conceito saúde; a criação de um sistema de saúde; a participação popular e constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 2008).

É nessa pluralidade de representações e discussões que foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), separado da Previdência Social. Começou em 1987 com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), momento em que o governo assumiu a responsabilidade “não apenas com a gestão dos serviços públicos estaduais, mas comprometeu-se com a proposta da Reforma Sanitária, enquanto imagem-objetivo, e com as Ações Integradas de Saúde, enquanto estratégia de unificação de ações, recursos e instituições, com vistas à organização do Sistema Único de Saúde” (PAIM, 1989, p. 365).

Porém, essa conquista não se deu sem disputas no âmbito político diante de diferentes concepções de como conduzir a saúde. Durante o processo constituinte, iniciado em 1987, na subcomissão para discutir a saúde, três grupos apresentaram propostas: o Projeto da Reforma Sanitária; a iniciativa privada, pautado no modelo de seguro-saúde americano caro e excludente; e o grupo institucional, defesa da preservação do sistema vigente,

privilegiando os hospitais privados contratados pelo INAMPS à época. Essas tendências privatistas, fossem modernizantes ou conservadoras, convergiam na argumentação de que seria um “atraso” ao modelo econômico e tributário um processo de estatização da saúde (OLIVEIRA, 2005).

Oliveira (2005) relata que apenas o Projeto da Reforma Sanitária apresentou propostas de texto, com atuação em três frentes: o estudo documental e acadêmico do processo constituinte, a assessoria a constituintes e a mobilização da sociedade. Soma-se a essa articulação a preocupação de alguns constituintes com a democracia, pluralismo e descentralismo de poder. Dessa forma, o relatório aprovado pela Subcomissão trouxe todos os pontos defendidos pelo movimento, só não se chegou a um acordo quanto ao financiamento da Saúde.

Com a Constituição Federal de 1988 a saúde é incorporada à Seguridade Social e concebida “como direito 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” (art. 196 CF, BRASIL, 2021).

As discussões e debates na Assembleia Nacional Constituinte foram marcados por tensões e disputas entre defensores do Projeto da Reforma Sanitária e os representantes de grupos de empresários no ramo da saúde, como a Federação Brasileira de Hospitais e multinacionais farmacêuticas.

O texto aprovado na constituinte, com relação a saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte as reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica [...] embora não tenha sido possível atender a todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. As questões centrais sobre o financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido percentual sobre os orçamentos do qual se origina (BRAVO, 2011b, p. 116).

Nesse sentido, Bravo (2011b) e Capitinga (2020) apresentam desafios para a implementação do Projeto da Reforma Sanitária, que se apresentam no nível jurídico-formal, na inserção da saúde nas leis orgânicas municipais e estaduais; no âmbito técnico-institucional, por meio da reestruturação e

expansão dos serviços em níveis de complementariedade e efetividade; e no nível sociopolítico por meio da construção da consciência sanitária e da ampliação da participação popular.

Diante desses desafios é importante pautar as conquistas do Projeto da Reforma Sanitária na viabilização do direito à saúde:

a politização da saúde mediante a inserção do debate na agenda governamental e no seio da sociedade, sendo a VIII Conferência, traço fundamental, a alteração da norma institucional – através da incorporação, de forma clara e objetiva, dos princípios da reforma sanitária na Constituição de 1988, e a mudança das práticas institucionais as quais atuaram para o fortalecimento do setor público e universalização do atendimento a partir da criação do SUDS em detrimento do setor privado (CAPITINGA, 2020, p. 57).

Do ponto de vista histórico pode se apreender grandes avanços na política de saúde como direito social. No entanto, as iniciativas de privatização voltaram à cena em 1990, com tendências neoliberais internacionais e forte apoio estatal. A defesa da saúde constitucional situa-se mais do que nunca nas disputas entre projetos societários: o de continuidade e aprofundamento do Projeto da Reforma Sanitária ou o projeto de reestruturação de todo o SUS recém-criado por meio de contrarreformas com viés mercantil e privatizador. Na exploração mercantil não se encontram as condições de defesa de saúde universal, pois os corpos das/os trabalhadoras/os se transfiguram em lugar de exploração. Não mais apenas como força de trabalho, mas também como corpos de aplicação de uma medicina biomédica hegemônica, seja “curativa” ou estética.

O que se vislumbra da programática neoliberal é a ampliação dos mecanismos de exploração do trabalho pelo capital, que se expressa objetivamente na apropriação do fundo público destinado à proteção social e na expropriação de direitos.

A sequência de crises que envolvem o processo de valorização e acumulação do capital desde o final da década de 1970, desencadeadas pela recessão nos países de economia central, produziram as condições para uma profunda reestruturação produtiva que levou a um novo patamar no padrão de acumulação do capital, designado de acumulação flexível, de acordo com as análises originais de Harvey (2008).

Harvey (2008) problematiza e aponta que a transição para um regime de acumulação flexível opera com base na flexibilidade dos processos de trabalho, especialização flexível, flexibilidade dos mercados de trabalho, produtos e padrões de consumo.

Vale ressaltar que, por se tratar de um modo de produção constituído para a valorização do próprio capital, suas crises são momentos de destruição e criação de estruturas de funcionamento para a expansão e acumulação de capital.

Em relação às crises da produção capitalista no pós-anos 1970, Netto (2012b) analisa o que entende por “restauração do capital” e suas expressões de transformações na totalidade social, compatíveis a sociedade tardo-burguesa²⁶.

Dentro da dinâmica exploratória e expansiva do capital, este foi restaurado por meio do projeto neoliberal, que, conforme Netto (2012a; 2012b), foi resumido no “tríplice mote” da privatização do patrimônio do Estado, da desregulamentação das relações comerciais e da flexibilização da produção. O projeto neoliberal foi materializado de forma que,

[a privatização] transferiu ao grande capital parcelas expressivas de riquezas públicas, especial mas não exclusivamente nos países periféricos, a “desregulamentação” liquidou as proteções comercial-alfandegárias dos Estados mais débeis e ofereceu ao capital especulativo-financeiro a mais radical liberdade de movimento, propiciando, entre outras consequências, os chamados “ataques especulativos” contra economias nacionais. A “desregulamentação” e a “flexibilização” que o capital vem implementando hipertrofiaram as atividades de natureza financeira (resultado seja da superacumulação, seja da especulação desenfreada), cada vez mais autonomizadas de controles estatal-nacionais e dotadas, graças às tecnologias da comunicação, de extraordinária mobilidade espaço-temporal. Simultaneamente, a produção segmentada, horizontalizada e descentralizada –a “fábrica difusa” –, que é fomentada em vários ramos, propicia uma “mobilidade” (ou “desterritorialização”) dos pólos produtivos, encadeados agora em lábeis redes supranacionais, passíveis de rápida reconversão. Ao mesmo tempo, os novos processos produtivos têm implicado uma extraordinária economia de trabalho vivo, elevando brutalmente a composição orgânica do capital; resultado direto na sociedade capitalista: o crescimento exponencial da força de trabalho excedentária em face dos interesses do capital (NETTO,

²⁶ Emergida pelas profundas modificações nos meios produtivos no século XX, as quais envolveram a totalidade social, transpassaram e transpassam o circuito produtivo (NETTO, 2012a; 2012b).

2012a, p. 209).

As políticas sociais fruto da conciliação de classes, decorrente do pacto social do pós-Segunda Guerra Mundial, tendem a deixar de ser responsabilidade do Estado e passam para o âmbito da sociedade civil. Isso se reflete no Brasil nas disputas pelo domínio dos recursos financeiros e fundos estatais pelo setor privada-mercantil internacional e na definição de arranjos e políticas estatais de acordo com o cenário mundial do capitalismo (ALVES, 2016).

Nessa perspectiva, a massiva retirada de direitos, alinhada ao incremento das políticas reacionárias e ultraneoliberais, e o aumento da exploração e degradação do meio ambiente, na perspectiva de incremento e manutenção de privilégios, são estratégias de um processo em que,

tudo (ou quase tudo) deve, em última instância, atender, servir, adequar-se ou impulsionar o processo de valorização do capital, com o conseqüente enriquecimento privado das classes burguesas dominantes e proprietárias, mantendo-se intocável a propriedade privada e seu universo corporativo (ANTUNES, 2020, p.8).

Nesse cenário, as desigualdades de classe se intensificam e a saúde pública ganha maior destaque quando analisada sob a égide e legado da Proposta da Reforma Sanitária, ao conceber a saúde para além da ausência de doenças, tendo em vista o bem-estar físico, social, afetivo e também a ausência de medo (AROUCA, 1987).

Cresce a importância dos movimentos de luta e resistência, como a Frente, que defendem a concepção de saúde emanada do Projeto da Reforma Sanitária e seu legado, em tempos de expansão incontrolável do capital.

1.2 Particularidades da formação da FNCPS: concepções de saúde e projetos societários

O estudo realizado por esta dissertação pressupõe as particularidades da sociedade engendrada pela contradição entre capital e trabalho, considerando a formação e consolidação do modo de produção capitalista e,

em especial, suas atuais determinações sócio-históricas.

Para estudar e refletir sobre as lutas e resistências da FNCPS, é essencial analisar os processos e transformações societárias capitalistas no contexto de crise econômica, social, política e ambiental em contraposição ao projeto societário marcado por uma construção coletiva, igualitária e emancipatória.

Dimensões substantivas da hipótese de pesquisa sobre o fortalecimento e defesa do SUS constituem a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde (FNCPS) como campo de resistência aos ataques neoliberais e neoconservadores contra a classe trabalhadora.

O capital, além de uma estrutura econômica, compõe um sistema social e político, exerce um controle totalizador sobre tudo e todos (estruturas, instituições, seres humanos) para efetuar sua “validação produtiva” e adequação (MÉSZÁROS, 2011). Nesse caminho,

Não se pode imaginar um sistema de controle mais inexoravelmente absorvente – e, neste importante sentido, “totalitário” – do que o sistema do capital globalmente dominante, que sujeita cegamente aos mesmos imperativos a questão da saúde e a do comércio, a educação e a agricultura, a arte e a indústria manufatureira, que implacavelmente sobrepõe a tudo seus próprios critérios de viabilidade, desde as menores unidades de seu “microcosmo” até as mais gigantescas empresas transnacionais, desde as mais íntimas relações pessoais aos mais complexos processos de tomada de decisão dos vastos monopólios industriais, sempre a favor dos fortes e contra os fracos (MÉSZÁROS, 2011, p.96).

A hegemonia capitalista subordina tudo e todos, sua lógica extrapola o domínio da produção, submetendo também o consumo, a sociedade, a política e a cultura e, conseqüentemente, intensifica a exploração e degradação das condições de vida dos trabalhadores.

A concentração da riqueza e dos lucros produzidos socialmente ocorre a partir da exploração da força de trabalho e do grande número de assalariados que veem os seus direitos ameaçados e cancelados. Ao mesmo tempo, em que as crises cíclicas inerentes ao capitalismo resultam de suas contradições como modo de produção.

Quando esse sistema “totalitário” se encontra em crise, ou seja, encontra algum obstáculo para sua acumulação e valorização, analisa Mézàros (2011), os elementos destrutivos do sistema capitalista avançam

para ativar sua “incontrolabilidade”. Nesse contexto, a autodestruição torna-se presumível tanto para o modo de produção social como para a humanidade.

[...] o capital jamais se submeteu a controle adequado duradouro ou a uma autorrestrição racional. Ele só era compatível com ajustes limitados e, mesmo esses, apenas enquanto pudesse prosseguir, sob uma ou outra forma, a dinâmica de autoexpansão e o processo de acumulação. Tais ajustes consistiam em contornar os obstáculos e resistências encontrados, sempre que ele fosse incapaz de demolí-los. (MÉSZÁROS, 2011, p.100).

Como já mencionado, a hegemonia e absorção do capital permeia também as esferas política e estatal, caracterizando o Estado como estrutura totalizante de comando político do capital, tanto que “a formação do Estado moderno é uma exigência absoluta para assegurar e proteger permanentemente a produtividade do sistema” (MÉSZÁROS, 2011, p. 106).

Nesse sentido, não é de estranhar que,

a atual crise estrutural do capital afeta em profundidade todas as instituições do Estado e os métodos organizacionais correspondentes. Junto com esta crise vem a crise política em geral, sob todos os seus aspectos, e não somente sob os diretamente preocupados com a legitimação ideológica de qualquer sistema particular de Estado (MÉSZÁROS, 2011, p. 106-107).

Behring (2015), ao debater a simbiótica relação entre capital e Estado, trabalha o conceito de *capitalismo monopolista de Estado*²⁷ e demonstra o financiamento público da acumulação de capital, onde “o Estado é [...] proprietário de parte do capital social. Porém, ele existe em função do lucro privado, como um setor complementar” (BEHRING, 2015, p.42).

O sistema do capital e o Estado operam lado a lado, e nas crises capitalistas desenvolvem transformações econômicas, sociais, políticas e culturais que resultam no acirramento da questão social e de suas expressões,

[...] apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz como: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada,

²⁷ “Tendo em vista a explicação da dinâmica e das contradições do capitalismo no Primeiro Mundo, no pós-guerra [...] trata-se de uma visão articulada teoricamente por pensadores, em geral ligados aos partidos comunistas ocidentais e aos antigos Estados do socialismo realmente existente” (BEHRING, 2015, p. 33).

monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2015, p. 27).

É nesses momentos que se intensificam a contradição capital e trabalho e as críticas ao papel do Estado de maior intervenção na sociedade, por meio de políticas econômicas e sociais. É fundamental ressaltar que o Estado não intervém de forma benevolente. Muitos acontecimentos, lutas e confrontos foram e são necessários para conquistar os direitos sociais.

A política social resulta da intensificação das lutas de classes e do confronto com as contradições do capitalismo. Nesse contexto, pode-se pensar na manipulação e apropriação das necessidades da classe trabalhadora. Essa realidade gera preconceitos, violências, desigualdades – em uma sociedade pautada pelo consumo, racismo, patriarcado, dominação, acumulação.

É fundamental afirmar que os direitos sociais embrionários foram conquistados sob pressão das trabalhadoras e trabalhadores e com grande resistência à sua elaboração e efetivação. Já que o Estado, dominado pelo ideário burguês, antidemocrático e antissocial, atravessado pelo trabalho de pessoas escravizadas, “não comportava a questão dos direitos sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.81).

No capitalismo, mesmo com a incorporação da população em estratos de acesso, a condição de exploração não é eliminada. Lembrando que para o capitalismo o que importa é o lucro, condição para a sua reprodução e acumulação. Assim, ao continuar sem acesso ao trabalho, educação, transporte, alimentação, vestuário, assistência e previdência social, saúde e outras tantas expressões da questão social, a reprodução de privilégios e violências favorece determinados grupos hegemônicos de dominação social. E “[...]o rico cada vez fica mais rico e o pobre, cada vez fica mais pobre”²⁸.

A partir de uma perspectiva de consciência de classe, movimentos e manifestações são organizados para combater a repressão e as desigualdades eminentes no país. Como resultado, surgem grupos que reivindicam direitos políticos, econômicos, sociais e civis.

No governo Vargas, mesmo com seu mascaramento das desigualdades e sua política conciliatória, houve conquistas para a classe trabalhadora, com

²⁸ Música Xibom Bombom, de As Meninas, lançada em 1999. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XFEU05audmc>. Acesso em: 18 fev. 2022.

destaque para a ampliação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), da medicina previdenciária, o desenvolvimento de campanhas sanitárias desenvolvidas pelo Estado e a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942 (CASSIN, 2018, p. 11). Além de regulação do trabalho, por meio de leis sociais que resultaram na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943. Vale ressaltar que muitas medidas da época não foram realizadas na dimensão do direito, como a LBA, pois foi fundada na direção da caridade e assistencialismo, com objetivo de validar o Estado para com os pobres.

A Constituição Federal de 1988 foi promulgada garantindo direitos aos grupos vulneráveis, ao mesmo tempo que garante os interesses do mercado. A Constituição amplia e mantém as relações de parceria público-privado e abre espaço para a privatização e terceirização de serviços públicos. Esses aspectos fragilizam as políticas sociais e modificam as funções do Estado na proteção social, eximindo-se de sua responsabilidade.

A CF de 1988 assegurou a descentralização das políticas e o controle social realizado por meio dos Conselhos municipais e regionais de cada política. O termo Seguridade Social foi inaugurado no texto da Carta Magna, abrangendo ações voltadas para a saúde, previdência e assistência social na garantia de direitos e deveres do Estado. Ao mesmo tempo em que visa a proteção social da população brasileira, privilegia políticas de mercado e mercantilização na gestão da Seguridade Social.

Dessa forma, as políticas de saúde, assistência, criança e adolescente, educação “foram municipalizadas com controle social previsto para os conselhos respectivos” (FALEIROS, 2000, p. 50). Vale ressaltar que na previdência social não ocorre controle social, já que está prevista como uma política contributiva.

A CF de 1988 é um grande avanço, fruto de articulações e mobilizações sociais, bem como dos interesses da classe dominante. Evidencia-se como local de disputa pela hegemonia, incorporando necessidades dos setores populares da sociedade, como os direitos sociais, a Seguridade Social, os direitos humanos e políticos, mas manteve fortes traços conservadores, como a ausência de enfrentamento com a militarização do poder do Brasil e a perpetuação das prerrogativas do Executivo, como as medidas provisórias

(BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

As concepções da política social assumem perspectivas teórico-metodológicas no que se refere às ideologias, seus interesses e concepções de mundo (LÖWY, 1987). Behring e Boschetti (2011) corroboram essa ideia quando afirmam que a política social está “impregnada” pela disputa por projetos societários.

Essa disputa inerente é a sociabilidade burguesa, pois foi estruturada de tal forma que suas raízes e valores não se dissociam da consolidação das políticas sociais. Netto (2012), em uma análise histórica da constituição do capitalismo monopolista e suas transformações, afirma que estas influenciaram transformações no papel e funcionalidade do Estado burguês. Nesse sentido, a ideologia burguesa produz mecanismos de acesso e controle da população, incluindo de sua força de trabalho.

Esse domínio do acesso e institucionalização social, sugere que a política social deve ser entendida em sua dimensão política e histórica. Sem perder de vista a necessidade de um olhar anticapitalista, antirracista, feminista, que fuja aos padrões da heteronormatividade, aponta-se que a política social visa atender às necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que exige uma política econômica que privilegie demandas por universalização e aprofundamento de direitos (ARAÚJO, 2018).

Sob esse ângulo, entende-se que “[...] a implementação das políticas sociais assume formas peculiares, caracterizadas tanto pela negociação entre esferas de governo quanto pelo conflito de poder” (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2007, p. 141). Nessa perspectiva, a pesquisa que compõe a dissertação, a partir dos estudos das ações estratégicas, resistências e lutas da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, elucida as particularidades sócio-históricas do capitalismo em crise, apreendendo os determinantes que tensionam a continuidade da luta por uma saúde pública universal e de qualidade e que impulsionaram a sua formação no campo cidadania ampla.

A saúde é uma questão controversa dos sistemas econômicos. Na formação das sociedades e ideologias, fica claro que “a política de saúde de uma época reflete o momento histórico no qual foi criada, a situação econômica, os avanços do conhecimento científico, a capacidade das classes sociais influenciarem a política etc.” (CEFOP apud ACURCIO, 2014, p. 2). Para

ampliar as articulações entre os processos econômicos, políticos e as práticas de saúde no Brasil, reporta-se ao conhecimento das raízes históricas das políticas de saúde implantadas ao longo da constituição do Estado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Quando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foram criadas, em 1923, seus reflexos deram origem a novas expressões da questão social. Num constante desafio do sistema, grupos organizados, partidos políticos e movimentos atuaram para reivindicar direitos. As CAPs foram substituídas, em 1930, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Os institutos eram compostos por trabalhadores, que se organizavam por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa (POLIGNANO, 2015).

Com o avanço do capitalismo, a obsessão pelo lucro individualizou e fortaleceu a meritocracia e as disputas entre as classes sociais. Esse movimento gera a segmentação dos IAPs, pois não estão isentos da dinâmica social. Isso significa que cada categoria profissional foi organizada em seus próprios institutos e essa relação provoca o enfraquecimento dos serviços prestados, inclusive de saúde.

Durante a segunda metade da década de 1950, com acentuado desenvolvimento industrial, urbanização, assalariamento de parcelas crescentes da população, houve pressão pela assistência médica via institutos, o que possibilitou o crescimento do atendimento hospitalar para previdenciários, privilegiando, abertamente, a contratação de serviços terceirizados (POLIGNANO, 2015).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde. Apesar de seu viés campanhista, foi um marco essencial, pois foi a primeira vez que houve um ministério dedicado exclusivamente à criação de ações voltadas para a saúde, com foco principalmente no atendimento em zonas rurais, já que nas cidades a saúde era privilégio de quem tinha carteira assinada, o que não impediu o crescimento da saúde privada no decorrer da década de 1950.

A partir das décadas de 1970 e 1980 o projeto de saúde voltado para o mercado que integra a reforma do Estado ou contrarreforma, de orientação neoliberal apresenta como “principal inovação a criação de uma esfera pública não-estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo às leis do mercado” (BRAVO, 2009, p. 100).

Granemann (2008) salienta que as políticas sociais procuram viabilizar o bem-estar da maioria que não pode encontrá-lo via mercado, pois somente alguns poderão ter o lucro e a 'proteção social' como mercadoria na forma de serviços privados de educação, saúde, previdência, lazer, etc. "Aos que vendem e aos que sequer conseguem vender sua força de trabalho por não encontrarem empregos, a única proteção social é aquela oriunda da ação do Estado pela via das políticas sociais" (p. 37).

A implantação da política neoliberal no Brasil tem sido responsável pelo corte de direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, desmonte e sucateamento das políticas sociais, previdência, saúde e educação (BRAVO, 2009)

As Organizações Sociais (OS) ganham visibilidade no setor público por meio do Plano da Reforma do Estado em 1990. Através do programa de publicização contido neste projeto, busca transferir para o setor público não-estatal os serviços não exclusivos dos estados, onde estão situadas as políticas sociais.

Ao nomear as OS como gestoras dos serviços públicos de saúde dá-se o primeiro passo para as diversas formas de privatização do SUS. Essas organizações partem do,

[...] viés de que o estado deixa de gerenciar as ações públicas dentro desses espaços públicos, contratando empresas que iram **[irão]** gerenciar o financiamento repassado para a saúde, dessa forma fica de responsabilidade das empresas contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública. É uma forma de desresponsabilizar o Estado do que é de obrigação do mesmo, uma forma de privatizar o espaço público, além de que não há nada que proíba a utilização do espaço público para serviços privados, não há concurso público, ocorre uma precarização do mercado de trabalho, com a diminuição dos salários, e a falta de estabilidade para estes funcionários como plano de carreira, a impossibilidade de greve, além do fato de priorizar e dar ênfase aos resultados, qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados como demonstra a Lei nº 9.637/1998 no art.20º §II. Esse projeto segue a vertente de gestão privada que não prioriza a qualidade e sim a quantidade e o lucro que essa pode gerar (SANT'HELENA *et al*, 2013, p. 5, grifos nossos).

Diante dessa conjuntura, abre-se o caminho para promover a transferência da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, viabilizadas pelas OS, pelas Fundações Estatais de Direito Privado e

pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Essa onda subsequente de privatizações representa o desmonte da saúde pública brasileira, uma vez que:

A expansão de rede privada com essas características fará aumentar a individualização das demandas, os pagamentos diretos em clínicas populares e o consumo de planos de saúde baratos no preço mas com armadilhas contratuais e sérias restrições de coberturas. Mais uma vez o SUS, o fundo público, será utilizado como fiador e resseguro das operações privadas (SCHEFFER, 2015, p. 664).

Ao prover a ampliação e consolidação do Sistema Público de Saúde, contraditoriamente, o governo passou a fortalecer os interesses do capital. Buscou consolidar o processo de privatização progressiva da saúde, tanto por dentro do SUS, no aumento gradativo de contratação dos serviços privados de saúde, como na transferência dos serviços para os modelos privatizantes de gestão. Para a eficácia desse projeto é necessário descentralizar a execução de serviços sociais, tais como: educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Esses serviços ficam à mercê de um setor “público não-estatal”, que não possui transparência em sua funcionalidade, financiamento e prestação de contas para a sociedade (NORONHA; SOARES, 2001).

Correia (2011) analisa que nesse contexto, com o desenvolvimento das propostas reformistas, a área da saúde passa a ser guiada pela lógica da focalização, privatização, desregulamentação das condições de trabalho. Marcado pelo crescente repasse do fundo público para o setor privado, na área da saúde (assim como nas políticas sociais) fica evidente o seu subfinanciamento.

Na direção dos estudos apontados, Santos (2006) afirma que impossibilitar os avanços sociais alcançados com a Constituição Federal de 1988 faz parte dos objetivos da contrarreforma. A consolidação de direitos confronta o ideário neoliberal, uma vez que o neoliberalismo está intencionalmente a inviabilizar a implantação de políticas sociais, indispensáveis para a consolidação de direitos.

Verifica-se na contrarreforma um caráter meramente administrativo-institucional, no bloco político e burocrático, articulada à reestruturação produtiva, à retomada das elevadas taxas de lucro, a ampliação da hegemonia

política e ideológica do grande capital (MACHADO; SANTANA, 2017).

No sentido de resistência e constante afirmação dos princípios democráticos e universais do SUS, os defensores do SUS público e do Projeto da Reforma Sanitária se articulam na Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que está em constante confronto com a política neoliberal incrementada pelo Estado. A Frente nasceu em 2010 como resposta à alteração do artigo 1º da Lei n. 9.637/98, que “permite a dispensa de licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as OS” (BRAVO, 2011a, p.185).

Ao apresentar como ponto central a luta em defesa da saúde pública, estatal e universal, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde tem como objetivo desvencilhar a saúde das raízes da sua privatização. Raízes que são, historicamente, determinadas pelo interesse do capital, ao utilizar a saúde como mercadoria e fonte de lucro (CORREIA; SANTOS, 2015).

A Frente se articula para fortalecer as lutas contra a privatização nas esferas municipais e estaduais, organizando-se nacionalmente. Além de defender serviços de qualidade ofertados pelo SUS, os movimentos de resistência da saúde pública, enquanto direito universal,

[...] têm um grande desafio na construção de uma nova hegemonia no campo da saúde que reafirme o caráter público e estatal da saúde e o seu valor de uso, resistindo ao seu uso como mercadoria e fonte de lucro, perante a força dos aparelhos privados de hegemonia a serviço da reprodução dos valores e concepções de mundo da classe dominante que naturaliza as desigualdades sociais, despolitiza as expressões da questão social e criminaliza as reações dos movimentos sociais à devastadora destruição dos direitos sociais (BRAVO; CORREIA, 2012, p.140).

Este desafio se intensifica à medida que os movimentos organizados reivindicam condições concretas de (sobre)vivência, além da ausência de doenças. É na luta por direitos sociais condicionantes à saúde que se inaugura o novo conceito de saúde. A noção social de saúde é criada como,

um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais etc. Assim, a sociedade tem a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou de ausência de patologia) (LUZ, 1991, p.88).

Refletindo sobre essa tensão de forças e diferentes projetos na área da saúde pública, Soares (2012) defende a existência de um terceiro projeto, este, como reflexo do governo conciliador vigente na época, seria um *SUS possível* dentro das condições do Estado capitalista, que atuaria como mediador nas demandas de uma Reforma Sanitária Flexibilizada.

A flexibilização dos princípios defendidos pelo Projeto da Reforma Sanitária incorporados pelo SUS distorce a política de saúde, focalizando-a para aqueles que não podem pagar pela saúde privada. Importante ressaltar que ainda não houve um período histórico em que o governo brasileiro não estivesse alinhado com a contrarreforma da política de saúde e, assim, condescendente com uma Reforma Sanitária Flexibilizada.

A possibilidade de ruptura com as contrarreformas é vislumbrada com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010) do Partido dos Trabalhadores (PT) para presidência. Porém, o que se verificou foi um governo conciliatório entre as demandas do capital e os anseios da classe trabalhadora. Tendência que se manteve no governo de Dilma Rousseff (2011-2014), também do PT.

O governo petista, por mais que tenha contribuído para as conquistas sociais, não deixou de cumprir o papel funcional do capitalismo, de modo que,

As políticas sociais, apesar de algumas inovações, sofreram influência da agenda da estabilidade fiscal e, conseqüentemente, os investimentos foram reduzidos. Avalia-se que não romperam com a lógica da contrarreforma realizada no governo Cardoso. A análise que se faz é [que] houve continuidade da disputa entre esses projetos na saúde. Algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve direção política e financiamento para viabilizá-las (BRAVO; PELAEZ, 2018, p.3).

Há uma nova roupagem para a exploração do capital, revestida de um consenso da ideologia de conformismo com políticas focais, sucateamento de serviços, falta de democratização do acesso, precarização do trabalho e da gestão, constante articulação com o setor privado, dentro de um governo conciliador.

Este cenário se intensifica com o governo Temer, instituído com o golpe constitucional, midiático e misógino. Temer traz à tona a “restauração

conservadora de um projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional” (BRAVO; PELAEZ, 2018, p.5). Entre as medidas de resolução para a acumulação está, mais uma vez, a culpabilização da classe trabalhadora, que tem seus direitos comprometidos por meio de contrarreformas trabalhista, o novo Regime Fiscal, liberação da terceirização, além da Reforma da Previdência.

Não se pode perder de vista que historicamente,

[...] exploração, colonização e ditadura, fazem parte do Brasil e de toda América Latina. Sempre tivemos um Estado capturado pela burguesia, ora mais, ora menos e como grande ente mediador se utiliza das Políticas Sociais para manter a ordem. O capitalismo cria e recria novas formas e nomenclaturas na reprodução das condições de exploração, numa articulação entre o arcaico e o moderno, para superar suas crises inerentes ao modo de produção (SILVA *et al*, 2017, p.2).

Temer, alegando fazer as reformas necessárias para o desenvolvimento brasileiro, incentivou as empresas privadas de planos de saúde a ofertarem planos de saúde em valores “populares” com a justificativa de “*desafogar o SUS*”. Essa medida é baseada no novo regime fiscal, denominado como “Teto dos Gastos”, que congela os gastos primários nas políticas sociais por 20 anos.

Em momentos de crise, intensificam, modificam e diversificam-se as expressões da questão social, incluindo o desemprego estrutural, o que significa que mais grupos recorrerão aos serviços sociais.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2016), vários fatores continuamente demandam mais serviços de saúde, como a incorporação de novas tecnologias e medicamentos, além da realidade demográfica da população do país que, à medida que envelhece, requer mais cuidados.

Destacam-se outras medidas do governo Temer no âmbito da saúde: a coparticipação dos segurados pelos planos de saúde nos custos dos serviços, ou seja, as operadoras podem cobrar um valor de até 50% como contrapartida; a flexibilização da legislação reguladora dos planos de saúde privados; as alterações na Política de Saúde Mental, especificamente na Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), fortalecendo internações psiquiátricas e novos leitos em hospitais e serviços ambulatoriais. Assim também ocorreu a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, rompendo com a centralidade da Saúde da Família e institui outras formas assistenciais que não abrangem equipes multiprofissionais com o trabalho de agentes comunitários de saúde, além de possibilitar a organização da Atenção Básica de forma contrária à prevista pelos princípios da Atenção Primária à Saúde; a integração de medicamentos importados para o tratamento de doenças raras sem a exigência de documentação de autenticidade, em desprezível favorecimento ao capital estrangeiro (BRAVO; PELAEZ, 2018, p. 8 - 11).

Verifica-se que o projeto de privatização da saúde não foi abandonado, mas sim remodelado, privatizando-se serviços, demandas, direitos. Relega-se “a oferta do serviço público e precário a população mais empobrecida, sem emprego e/ou na crescente informalidade” (MACHADO; SANTOS, 2018, p.7). Analisa-se que o “*SUS possível*” é o contrário dos princípios sustentados pela Proposta da Reforma Sanitária. Este projeto quebra a universalidade e integralidade para “compensar” a população com uma política de saúde focalizada, seletiva, sucateada, precária e centralizada. Utiliza-se da estratégia do consenso da crise para justificar os cortes que devem ser feitos, principalmente, nos investimentos com políticas sociais.

Movimentos organizados de defesa da saúde pública como direito universal e dever do Estado, como a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, estão resistindo e afirmando os princípios norteadores do SUS, levantando bandeiras para unir forças e tornar público os impactos dessas medidas em detrimentos do trabalho e a favor da acumulação do capital.

No sentido de fortalecer a luta e resistência, Bravo e Pelaez (2018) salientam a unificação de pautas políticas, uma vez que a saúde não está descolada de seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais. Dessa forma, é necessária a

[...] ampliação do conhecimento da população sobre saúde e os seus determinantes sociais, mas também e, sobretudo, a ampliação das mobilizações e da ação coletiva voltada para a mudança desses determinantes estruturais, ou seja, da estrutura social e das relações sociais que produzem desigualdades e condições de vida e trabalho

adversas que vão na contramão da produção de saúde em sua concepção ampliada (BRAVO; PELAEZ, 2018, p.14).

É essencial resgatar os determinantes sociais, econômicos e ambientais em um conceito ampliado de saúde para se evitar uma direção analítica causal ou meramente patológica e biológica, pois,

As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças — assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países — acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. [...] Os mais destacados são aqueles que geram estratificação social — os determinantes estruturais que refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas e de governança que alimentam, ao invés de reduzir, iniquidades relativas ao poder econômico (CARVALHO, 2013, p. 19).

Daí a importância de discutir a constituição societária com seus recortes de gênero, etnia/raça e demais particularidades que são apropriadas para exploração. Essas particularidades, quando exploradas, são marginalizadas, silenciadas, violentadas e têm impacto direto na saúde populacional.

Para além de violências sistêmicas de uma sociedade patriarcal, deve-se observar a histórica desigualdade de acessos, atravessada pela questão étnico-racial e de gênero.

Ressalta-se processos de violência física e/ou psicológica, jornadas triplas de trabalho, a sobrecarga do serviço doméstico e responsabilidade familiar do cuidado e como estes determinam a saúde de mulheres. Tratam-se das determinações sociais no processo de saúde e doença em corpos femininos.

O adoecimento feminino não pode ser analisado sem as determinações que perpassam os seus corpos, sejam atravessamentos de raça, sexualidade, transsexualidade, classe, educação, responsabilização pelo cuidado, condições de vida e sobrevivência e políticas sociais. Há de se pensar até mesmo condições externas e macrosociais, como políticas públicas e econômicas, programas e serviços assistenciais.

Nessa perspectiva, tem-se a política de segurança pública no Brasil, país que matou cerca de 787 crianças e adolescentes por ano. Dentro da concepção de cuidado como responsabilidade feminina e de amor materno, a maternidade interrompida pelo Estado é determinante e escancara uma violência familiar na vida de centenas de mulheres mães, com recorte de raça, territorialidade e classe²⁹.

Nesse sentido, verifica-se a própria sociedade como propiciadora de adoecimento e incapaz para a promoção de saúde universal e integral, principalmente, para mulheres. Uma vez que a saúde integral e universal para mulheres pressupõe outra lógica social, uma sem bases racista, patriarcal, sexista, dentre outras formas de dominação.

Essa situação demanda ações e mecanismos institucionais, como sistemas educacionais, financeiros em relação à atenção dada para a elaboração de políticas, a natureza e extensão de políticas redistributivas, de proteção e seguridade social, estruturas de mercado referente ao trabalho e ao consumo (CARVALHO, 2013).

Analisa-se que os determinantes sociais, econômicos e ambientais associados aos mecanismos estruturais, que se verificam como respostas de Estado,

[...] são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. São essas diferenças que — com seu impacto sobre determinantes intermediários como as condições de vida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ou biológicos e o próprio sistema de saúde — dão forma às condições de saúde dos indivíduos (CARVALHO, 2013, p. 20).

Portanto, ao conceber a saúde como multifatorial, é imprescindível políticas e serviços na intervenção dos aspectos estruturantes da sociedade, uma vez que as desigualdades na saúde, entrelaçadas com outros determinantes e condicionantes, indicam a organização social e econômica do país (BRASIL, 2013).

Dentro dessa dimensão ampliada de saúde, como conjunto de

²⁹ Pesquisa realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEFF) em conjunto com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Constatou-se que cerca de 787 crianças e adolescentes foram mortos por policiais no Brasil, em 2020. Destas, cerca de 80% eram negras e 90% meninos (NORBETO, 2021).

condições de existência e sobrevivência, afirmada pelo Projeto da Reforma Sanitária, que se analisou as lutas e resistências da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Ao observar que quando “se cortam direitos, quem é pobre e preta sente primeiro”³⁰, pode-se dimensionar o patriarcado e o racismo como ideologias fundantes e violências sistêmicas. São violências e expressam em diferentes dimensões das lutas antirracista, anticapitalista e anticolonialista, portanto,

É na esfera das relações sociais que a questão racial ganha amplitude, na forma como a população negra acessa a riqueza socialmente produzida, ao estabelecer relações afetivas, no acesso e na permanência no mercado de trabalho, na invisibilidade escolar, enfim, é na vida cotidiana que a diversidade racial ganha contornos de desigualdade social (EURICO, 2013, p. 295).

Nessa perspectiva, examinar a saúde como um conjunto de determinantes sociais, econômicos, ambientais e históricos é analisar a saúde no leque de refrações da questão social que a permeia. Em uma conjuntura de retomada do conservadorismo, fascismo, fortalecimento do patriarcado, racismo, LGBTfobia, genocídios, ecocídios³¹, intolerâncias religiosas, feminicídios, o Serviço Social é confrontado

a encarar a defesa [para além] da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional (CFESS, 2010, p. 31, grifos nossos).

Dessa forma, ter saúde, educação, transporte, saneamento básico pode se tornar uma ameaça ao sistema e à manutenção do *status quo*. Dito isso, o teto de gastos, a privatização e o sucateamento de políticas sociais são entendidos como parte do processo de retirada de direitos sociais e

³⁰ Campanha de Gestão (2017-2020) do Conselho Federal de Serviço Social e dos Conselhos Regionais de Serviço Social (Conjunto CFESS-CRESS), Assistentes Sociais no Combate ao Racismo, aprovada no fórum máximo deliberativo da categoria em 2017, tem o intuito de debater o racismo no exercício profissional de assistentes sociais.

³¹ “caracterizado pela ofensa massiva ao meio ambiente capaz de provocar a morte de animais ou vegetais, ou por tornar inapropriados o uso das águas, o solo, subsolo e/ou o ar, e ocasionando também graves danos à vida humana” (GORDILHO; RAVAZZANO, 2017, p.690).

dependência do capital externo.

O conjunto de forças confrontadas entre Estado e o direito à saúde expressa ações concretas de dominação e ordenação da vida social. Com projetos de destruição da saúde pública, a população dependerá cada vez mais do setor privado e do assistencialismo.

Interessante notar que é em um momento histórico de ataque ao SUS público e da mudança de concepção de saúde para mercadoria, colocando em risco a efetivação dos serviços, que a Frente se articula. Surgindo ainda como alternativa para a defesa intransigente dos princípios do Projeto da Reforma Sanitária real, não flexibilizada.

Santana (2017), em seus estudos sobre a Frente, relata que desde seu surgimento, o movimento prioriza a luta pelos princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade, uma vez que compreende saúde como acesso às políticas públicas, “o ser humano tem que ter todas as suas necessidades físicas, psicológicas satisfeitas e condições socioeconômicas de sobrevivência, isto abrange, emprego, moradia, educação e, é claro, saúde (SANTANA, 2017, p. 93)”.

Além da luta pela saúde pública, a Frente se compromete na luta articulada a um novo projeto societário, assim como o Projeto da Reforma Sanitária, já que para se ter saúde é urgente “modificar as condições de vida, as relações de trabalho, as estruturas civis da cidade e do campo, significa lesar interesses poderosos e olhar com audácia para o futuro” (BERLINGUER, 1978 *apud* FNCPS, 2011, p. 6).

Em suas análises, Menezes (2016) retrata que a defesa pela Proposta da Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes no país e vincula-se a um novo projeto societário, objetivando a construção de uma sociedade sem dominação e exploração. Significa dizer que o Projeto da Reforma Sanitária faz parte de um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo,

A Frente Nacional e os Fóruns tendo como referência a Reforma Sanitária compartilham dessa concepção. E tais espaços, comparando com o movimento sanitário, são inovadores por articular num mesmo espaço, organizações políticas tradicionais, como os partidos políticos, centrais sindicais e sindicatos, com os movimentos sociais e a academia (MENEZES, 2016, p. 190).

Nesse contexto, Santana (2017) aponta como desafio a ampliação de participação de sujeitos para o fortalecimento das lutas sociais em tempos de crise estrutural que fere integralmente a vida humana e social. A autora também identifica a defesa anticapitalista da Frente:

O caráter anticapitalista das ações da Frente Nacional⁴⁸ está expresso, em seus textos e artigos publicados, quando é mencionada a defesa da determinação social no processo saúde-doença, ficando claro que tem que se levar em conta todas as condições objetivas socioeconômicas reais de vida de um indivíduo para poder oferecer qualquer tipo de diagnóstico ou tratamento (SANTANA, 2017, p. 109).

Esta dissertação vislumbra a necessidade/importância de investigar a Frente, nas particularidades sócio-históricas do capitalismo em crise, apreendendo os determinantes que tensionam a continuidade da luta e defesa por uma saúde pública universal e de qualidade e que impulsionaram a sua formação. A Frente se configura como espaço de articulação, luta e resistência aos ataques neoliberais e neoconservadores contra a classe trabalhadora, na lógica de expansão e intensificação da exploração da força de trabalho pelo capital. Ao mesmo tempo, defende as Propostas do Movimento da Reforma Sanitária como projeto societário.

CAPÍTULO II: A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde aglutina a luta coletiva na defesa da saúde pública, como direito e contra a privatização, composta por Fóruns Estaduais e Municipais de Saúde, entidades, movimentos sociais, partidos políticos, centrais sindicais, sindicatos e projetos universitários.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde composta por diversas entidades, fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, tem por objetivos: defender o SUS público, estatal, sob a administração direta do Estado, gratuito e para todos; lutar contra a privatização da saúde; e defender a Reforma Sanitária formulada nos anos 1980 (FNCPS, 2011b, p. 3).

A FNCPS foi criada como estratégia de resistência ao projeto privatizador do SUS, com a ampliação das Organizações Sociais (OS), em novembro de 2010 na Universidade Federal do Rio de Janeiro (BRAVO e MENEZES, 2011). Por meio da articulação entre os Fóruns de Saúde de Alagoas, Londrina, Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo,³² a Frente foi composta e visa lutar por um SUS público, 100% estatal, universal e de qualidade, como preconizou o Projeto da Reforma Sanitária nos anos 1970 e em oposição aos projetos de privatização da saúde.

Em 2010, os Fóruns de Saúde foram organizados para compor uma Frente de enfrentamento da privatização e em defesa da saúde pública, contra a expansão do modelo de gestão terceirizado, por meio da prorrogação da Ação Direta de Inconstitucionalidade³³ (ADI) nº 1.923/98, contra a Lei nº 9.637/98, que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização³⁴, a extinção dos

³² A mobilização para a criação da FNCPS se efetiva com 5 dos 7 Fóruns de Saúde existentes no país na época, são eles: Alagoas, Londrina, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo (MENEZES, 2016).

³³ Instrumento utilizado para inquirição de inconstitucionalidade de lei, ato normativo federal ou estadual submetido para apuração do Supremo Tribunal Federal.

³⁴ O Programa Nacional de Publicização (PNP) propõe que as OS incorporem as atividades desenvolvidas por órgãos da União que atuam no âmbito do ensino, da pesquisa científica, do desenvolvimento tecnológico, da proteção e preservação do meio ambiente, da cultura e da

órgãos e entidades mencionadas e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências”, e contra a alteração da Lei nº 8.666/93³⁵, que possibilita a legalização de contratos de prestação de serviços com OS, sem a realização de licitações.

A Frente surgiu com o nome Frente Nacional Contra as OSs e pela procedência da ADI 1923/98 em maio de 2010, denunciando a ameaça de entrada de capital privado no SUS e ressaltando a importância de lutar pela inconstitucionalidade da ação. Foi no Seminário no Rio de Janeiro “20 anos de SUS: Lutas Sociais contra a Privatização e em defesa da Saúde Pública Estatal”, em novembro de 2012, que a Frente se organizou como Movimento Nacional (MENEZES, 2016).

Inicialmente, pensado para cerca de 100 pessoas, atraiu inúmeras entidades do país inteiro contando com a participação de mais de 400 lutadores da saúde. Este foi considerado um marco na retomada de um movimento de saúde com base popular e dimensão nacional. Neste seminário foi criada a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Esta Frente tem realizado várias ações e mobilizado a criação de Fóruns de Saúde em estados, regiões e municípios, e tem diversas entidades participando atualmente (MENEZES, 2016, p. 165).

Em relação às entidades que compõem a Frente, foram encontrados três documentos que citam cada entidade, são eles: “Em Defesa do SUS Público, Estatal, Universal e de Qualidade”, 2011b; “Desafios do controle social na atualidade”, 2012, artigo de autoria de Maria Inês Bravo e Maria Valéria Costa Correia; “A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização”, coletânea organizada pelas autoras Inês Bravo e Juliana Bravo Menezes, em 2014.

A composição da FNCPS reúne um conjunto amplo e diversificado de entidades, conforme a sistematização dos dados da pesquisa (APÊNDICE A).

Durante os primeiros cinco anos, a Frente produziu relatórios e documentos nos quais evidenciava os danos das OSs à sociedade, aos/aos trabalhadoras/es e ao fundo público nos estados e municípios onde foram implantadas, além de promover petições para pressionar o Supremo Tribunal

saúde.

³⁵ A alteração se deu no inciso XXIV do artigo 24, no qual passou a vigorar a redação constante na Lei nº 9.648/98 (BRAVO, 2010).

Federal (STF) e publica uma carta enviada aos ministros com as assinaturas de 408 entidades e organizações sociais.

Apesar de ampla mobilização, em 2015 a ADI 1923/98 foi votada como parcialmente inconstitucional pelo STF. A inconstitucionalidade se deu na eventual arbitrariedade nos processos de qualificação e/ou parcerias com OSs, que deveriam ser regidos pelos princípios da impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Dessa forma, com o respaldo legal para a continuidade do funcionamento das OSs como porta de entrada para o capital privado no SUS, a Frente continuou realizando ações com a perspectiva de fortalecer as lutas contra a privatização nos Estados e Municípios, articulando e aprofundando-as em nível nacional.

No sentido de fortalecer a luta, utiliza-se de estratégias,

No campo jurídico, com ações civis públicas, Ação Direta de Inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais e contra as suas implementações. Articulações com os Ministérios Públicos Estaduais e Federal, TCE e TCU. [...] No âmbito do parlamento, articulando e pressionando os parlamentares a fim de impedir este processo [privatização] e denunciar publicamente os que têm votado contra o SUS e pela privatização; Manifestações nas Câmaras e Assembleias nas sessões de votação dos Projetos de Lei que privatizam a saúde. [...] No conjunto da sociedade, realizando o debate da privatização junto aos trabalhadores e usuários da saúde. Nas ruas, com caminhadas, atos de rua, paródias, palavras de ordem, denúncias das irregularidades e ineficiências de saúde administradas por OSs (FNCPS, 2011c, p. 5).

Estratégias também são realizadas no controle democrático social,

[...] através da pressão sobre os mecanismos institucionais de controle social – Conselhos e Conferências – para se posicionarem contra os novos modelos de gestão. [...] No âmbito de formação com a realização de cursos de atualização, debates, incentivo a pesquisas e trabalho de extensão em torno da saúde pública. Nos meios de comunicação através da produção de material para os meios de comunicação das entidades, partidos, sindicatos além da imprensa falada, impressa e televisiva (FNCPS, 2011c, p.5).

As estratégias e a agenda de lutas da Frente se estruturam em cinco eixos e apresentam algumas questões que explicitam as dificuldades para a consolidação de um SUS público, gratuito, universal e de qualidade. Assim como para a efetivação de uma saúde ampliada e determinada às estruturas

sociais, em consonância com o projeto da Reforma Sanitária de 1970.

2.1 Agenda de Lutas da FNCPS: eixos, desafios e propostas

A Frente compreende a saúde dentro da histórica correlação de forças entre os interesses dos setores progressistas organizados na sociedade civil que defendem a saúde como direito de todos no seu caráter público, e os interesses do setor privado que defende a saúde como mercadoria e fonte de lucro. Nesse sentido, os avanços alcançados com o SUS estão ameaçados, por meio da desvalorização em sua raiz: o caráter público e universal (FNCPS, 2011a).

É dentro dessa dimensão que é formulada a Agenda de Lutas da Frente. A Frente constrói sua agenda e suas pautas a partir de elementos de conjuntura e concebe propostas diante deles, rompendo com “a atitude defensiva assumida pelos movimentos sociais [que] tem como determinantes as mudanças na esfera do trabalho, por meio da reestruturação produtiva e das concepções pós-modernas” (MENEZES, 2014, p. 17).

Em 2017, na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, a Frente produziu uma nota contra a privatização da saúde, pontuando a divisão sexual do trabalho e as condições históricas a partir do patriarcado, destacando para além do recorte de gênero e classe, o recorte racial, em que as consequências às mulheres negras e periféricas se asseveram com as contrarreformas da previdência e trabalhista. A condição social e exploração das mulheres no mercado de trabalho, já hoje largamente acentuadas, trarão severas consequências à saúde e à vida das trabalhadoras (FNCPS, 2017b).

A Frente também se posicionou em relação à Intervenção Militar no Rio de Janeiro em 2018. A violência cotidiana afeta a maior parte da população do Rio de Janeiro e do Brasil e é um dos principais problemas de saúde pública. É uma situação com recorte de raça, classe e regionalidade, já que a população mais atingida é aquela que vive em regiões de faveladas, onde a maioria das pessoas é negra. Além das questões de proibição, exploração, tráfico e perseguição às drogas que atravessam essas comunidades (FNCPS, 2018).

Outra pauta inserida à luta da Frente foi o PL 6.299/02, considerado catastrófico, uma vez que visa destruir o arcabouço regulatório de agrotóxicos no Brasil, num governo que em três anos já aprovou 1589 novos produtos agrotóxicos (FNCPS, 2022).

No manifesto, a Frente (2022) expõe a sobreposição dos interesses de grandes latifúndios do agronegócio, geridos por um modelo exportador químico-dependente insustentável, colocando o pequeno produtor, o agricultor familiar, em condições de miséria e com problemas de saúde. Além dos impactos em saúde para as trabalhadoras e trabalhadores que produzem, têm-se as determinações para a saúde da população consumidora de alimentos e água, ficando suscetíveis aos efeitos e exposição de diversos agrotóxicos. Os prejuízos para a população são imensuráveis, assim como para o SUS, visto que são necessários tratamentos para doenças agudas, de curto prazo, e crônicas.

Apreende-se que a Frente transita entre pautas transversais à saúde, ampliando a dimensão da luta e das articulações. No processo de organização da FNCPS suas lutas estão pautadas em eixos estruturantes que direcionam seu posicionamento, conforme segue: - Determinação Social do Processo Saúde e Doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; - Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; - Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; - Política de valorização do trabalhador da saúde; e - Efetivação do controle social. Cada eixo será retratado a seguir.

Na dissertação, a sistematização e análise da documentação da Frente examinada foi organizada a partir dos cinco eixos estruturantes de suas ações e agenda de lutas.

2.1.1 Determinação social do processo saúde e doença e a saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais

O eixo expressa a necessidade de resgatar “o conceito de determinação social do processo saúde e doença tal como o Movimento de Reforma Sanitária” (FNCPS, 2011a, p. 73). No sentido de,

inserir a saúde no contexto mais amplo das lutas para supressão das desigualdades sociais, com prospecção socialista, sem perder de vista as mediações desse processo no cotidiano das práticas da saúde, ou seja, articular as lutas pela saúde às lutas por outra sociedade (FNCPS, 2011a, p. 74).

A necessidade de resgatar o conceito mais ampliado de saúde enquanto “existe uma tendência de análise em curso de minimizar o enfrentamento da referida determinação à diminuição das iniquidades em saúde” (FNCPS, 2011a, p. 74).

À medida que o projeto neoliberal avança e assim as contrarreformas, que priorizam a mercantilização sobre os princípios constitucionais da saúde, a Frente desenvolve ações para alcançar o regaste da determinação social no processo saúde e doença no contexto mais amplo das desigualdades sociais. São eles, conforme a Agenda da FNCPS (2011a, p. 74):

- Redução dos princípios ético-políticos do Projeto de Reforma Sanitária;
- Manutenção de ampla desigualdade social nas condições de vida e saúde;
- A subordinação das políticas públicas e sociais à lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro;
- Não viabilização da Seguridade Social, como política de proteção social universal, democrática e participativa;
- Falta de articulação entre as três esferas de governo nos objetivos e diretrizes das políticas de proteção social.

A redução dos princípios ético-políticos do Projeto de Reforma Sanitária ocorre na medida em vão contra os interesses do projeto privatista na saúde.

O SUS é um sistema que apresenta contradições fundamentais entre seus princípios norteadores e a execução dos mesmos. A cada dia são adotadas propostas e medidas que tornam cada vez mais distante e difícil a viabilização de fato da universalidade e da integralidade. Estes princípios apenas são de certa forma garantidos quando o serviço é disponibilizado na rede iminentemente pública, inclusive no que diz respeito aos procedimentos mais especializados. Na dependência dos serviços privados, a universalidade e a integralidade se encontram diretamente comprometidas em função da

lógica de mercado que regem estes serviços e do altíssimo custo financeiro dos mesmos (FNCPS, 2015, p. 2).

A redução da integralidade e da universalidade perpetua as desigualdades sociais, além de fragmentar os serviços e políticas. Nesse sentido, a luta pela sua efetivação se coloca enquanto estratégia ou caminho para uma nova sociabilidade. Assim, “a defesa das políticas sociais universais e gratuitas e dos direitos sociais materializados por elas [se enquadra] na agenda anticapitalista, como mecanismos de transição e de reprodução da força de trabalho centrais nesse momento histórico [...]” (BEHRING, 2012, p. 154).

Acerca de como a abertura para a iniciativa privada perpetua as desigualdades sociais para além da fragilidade dos princípios do SUS, Cislighi (2015) relata:

Iniciativas como a permissão da entrada do capital estrangeiro nos serviços e os planos obrigatórios para os trabalhadores desregulam e abrem novos mercados, favorecendo processos de concentração e centralização do capital no setor que permitirão a ampliação da escala de produção. A retirada de direitos e a precarização dos contratos de trabalho permitem uma maior exploração da força de trabalho e uma redução de sua autonomia e resistência forçando-a a se submeter a processos de trabalho intensificados que não se preocupam com a qualidade do serviço oferecido aos seus usuários (2015, p. 23).

Nesse sentido, a autora desta dissertação percebe a determinação social do processo saúde e doença vinculada às relações sociais capitalistas, (re)produtoras de desigualdades sociais e da barbárie, já que a lógica do capital se sustenta por meio da exploração e da desigualdade.

O nem tão recente, mas ultimamente agravado desmonte das conquistas de décadas dos Estados de Bem Estar Social europeus dão bem a medida da vulnerabilidade que caracteriza as conquistas inscritas no interior da ordem capitalista, sempre submetidas aos ciclos de crise do sistema e à gangorra da correlação de forças da luta de classes – e vale dizer que a saúde combatida do capital não permite apostar nem mesmo na reedição desta configuração particular do processo de acumulação e do Estado capitalista. Sobretudo em tempos de ampliação significativa da exploração da força de trabalho e de sérias iniquidades ambientais – base da ampliação dos estados de adoecimento crônico das populações expostas em maior medida a tais condições em todo o planeta –, o debate das determinações sociais da saúde parece enfrentar hoje, mais do que nunca, uma imposição lógica ineliminável em favor da

superação da ordem do capital, a ponto de perder-se em pura retórica (DANTAS, 2015, p. 31).

Assim, a Frente se mobiliza para a articulação de lutas pela saúde com outras lutas sociais pela supressão desta sociedade. “Destas forma, estamos nas ruas por uma sociedade justa, plena de vida, sem discriminação de gênero, etnia, raça, orientação sexual, sem divisão de classes sociais!” (FNCPS, 2013b, p. 92).

As desigualdades sociais e a redução dos princípios da saúde constitucional fazem parte do processo de subordinação das políticas públicas e sociais à lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro.

Reconhece-se o processo de colonização do Brasil e caracterização de subdesenvolvimento à economia brasileira sob os ditames capitalistas. Mas para a discussão desta dissertação, parte-se da análise do capital financeiro³⁶, o qual

cria a chamada oligarquia financeira, uma classe de rentiers que vive apenas dos rendimentos do capital financeiro, dos juros do capital monetário e da especulação. Conseqüentemente, um pequeno e seleto número de Estados rentiers tornam-se prestamistas por excelência e constituem-se em Estados parasitários do capitalismo moderno, no qual o investimento monetário dá lugar ao investimento produtivo, criador de riqueza (SILVA, 2011, p. 11).

A autora salienta que o parasitismo do capitalismo moderno se reflete na direção política e ideológica ao Estado “hospedeiro” e a requisição da atuação do fundo público diretamente a favor dos interesses da oligarquia financeira.

Nessa desarmonia socioeconômica a dívida pública exerce importante serviço, de formação de capital fictício e transferência de riqueza para a esfera financeira. Assim, o capital monetário passa a estabelecer o comportamento das empresas e dos Estados. “Este processo de financeirização do capital penetra os meios de reprodução social da classe trabalhadora, qual sejam as políticas sociais historicamente conquistadas” (SILVA, 2011, p. 12).

³⁶ “Quando o capital portador de juros passa a operar com a especulação, com a acumulação futura, descolada de sua base real, material – dado o avanço da financeirização do capital – como no caso dos títulos públicos, tem-se o capital fictício, que se origina daquela forma de capital” (SILVA, 2011, p. 11).

Dessa forma, as políticas sociais se tornam alvo de investimento do capital financeiro, privatizando direta ou indiretamente setores públicos em prol da supercapitalização. Esse processo se instaura no Brasil a partir da década de 1990, colocando em risco as conquistas da CF de 1988.

A recém criada Seguridade Social – uma conquista no âmbito da formação de um sistema de proteção social no Brasil ainda que limitado – é derruída pelos sucessivos governos neoliberais desde Fernando Collor de Melo, aprofundando-se com os governos de FHC e persistindo nos governos de Lula da Silva. As tendências da Seguridade Social brasileira neste período estão relacionadas aos processos sociais gestados no capitalismo em sua fase monopólica. [...] se ancoram em dois vetores: nas mudanças no mundo do trabalho, quando a reestruturação produtiva supera o modelo fordista-keynesiano para firmar o modelo de acumulação flexível, e nas mudanças na intervenção do Estado, que assume novos papéis e redefine os antigos em função das necessidades de um novo momento na produção de mercadorias (SILVA, 2011, p. 12).

Após os anos 1990, tem-se vivenciado um processo de reconfiguração do papel do Estado e de restrição das políticas sociais, que passam a ser organizadas sob a lógica do capital financeiro. As políticas adquirem determinações seletivas e focalistas, tornando o acesso mais difícil e burocrático. Esse processo tem impacto direto nas condições sociais da população, a parte dela que deixa de acessar fica cada vez mais à mercê da filantropia ou de serviços privados, quando pode pagar, tensionando as determinações sociais no processo saúde e doença.

A restrição e sucateamento das políticas sociais compõem uma estratégia da contrarreforma do Estado, que vem acompanhada de uma série de privatizações do setor público. Além da captura do fundo público como uma das principais consequências da financeirização para as políticas sociais, na qual o papel da dívida pública tem sido central.

A dívida pública constitui-se em um dos principais instrumentos de dominação dos rentistas e do grande capital sobre os países periféricos. Estes países vêm sendo orientados a conduzir sua política econômica para privilegiar o capital que porta juros em detrimento das políticas sociais desde a crise da década de 1970. Um dos mecanismos fundamentais utilizados para drenar recursos das políticas sociais brasileiras para o capital que porta juros é a Desvinculação de Receitas da União (DRU) de 2000. A Seguridade Social é a mais atingida por este mecanismo, tendo em vista que ele permite a desvinculação de 20% dos seus recursos. A DRU transfere os recursos do orçamento da Seguridade Social para o orçamento

fiscal com a finalidade de facilitar a formação de superávits e pagar a dívida pública (SILVA, 2011, p.12).

Verifica-se, com base na autora, uma das estratégias de fragilização e não efetivação da Seguridade Social. Além da substituição dos valores solidários, coletivos e universais que nortearam as formulações da Seguridade Social na CF de 1988 por valores individualistas, corporativos e focalistas que reforçam a consolidação do projeto privatista que tem como estratégia a consolidação do SUS para os pobres e o sucateamento do sistema.

[...] constatou-se uma fragilização das lutas sociais e as entidades e movimentos sociais não conseguiram uma defesa da Seguridade Social e da saúde em particular. Desde a década de 1990, opera-se uma profunda despolitização da “questão social”, ao desqualificá-la como questão pública, política e nacional. A desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção da pobreza para a iniciativa privada e individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes (YAZBEK, 2001 apud MENEZES, 2014, p. 17).

Diante dessa despolitização da questão social, a Frente propõe a retomada das determinações sociais do processo saúde e doença e a saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais.

Há de se compreender as complexas e contraditórias relações sociais presentes no processo de saúde e de doença, por meio da análise das mediações existentes entre a extensão dos serviços médicos, serviços de saúde e a (re)produção do capitalismo, “no sentido de manter e reproduzir a força de trabalho, controlar as tensões e antagonismos sociais e realizar a acumulação de capital do setor industrial de equipamentos e de insumos médicos” (GARBOIS; SODRE; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 64-65).

Nesse sentido, a análise incide sobre as desigualdades e as disparidades nas condições de vida e trabalho, nos diferentes acessos aos serviços assistenciais, na desproporcional distribuição de recursos de saúde e nas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais (GARBOIS; SODRE; DALBELLO-ARAUJO, 2017). Assim como o que determina esses grupos como “diferentes”: gênero, etnia, raça, classe, territorialidade, crença, dentre outros.

A Frente reafirma em seus propósitos a retomada dos condicionantes sociais, sejam eles:

- Articulação da Reforma Sanitária a um projeto de transformação social de radicalização da democracia com real deslocamento de poder para as classes trabalhadoras, valorizando o conceito de consciência sanitária;
- Concepção de saúde, enquanto dimensão essencial à vida, que considera os seus determinantes sociais e econômicos - a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, o acesso à terra para quem nela trabalha, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Art. 3º da Lei 8.080/90) -, relacionando com a qualidade de vida da população;
- Articulação e apoio às lutas vinculadas às condições concretas de saúde dos trabalhadores;
- Defender o serviço de saúde como serviço de relevância pública, não constituindo objeto de transação no mercado;
- Mudança da política macroeconômica com a definição de uma política que garanta os direitos sociais, por meio da suspensão do pagamento dívida e por sua auditoria; regulamentação do imposto sobre grandes fortunas; aplicação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido para as instituições financeira; a defesa da Seguridade Social; convocação da Conferência Nacional de Seguridade Social e Recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social (FNCPS, 2011a, p. 74).

Ravagnani (2013) faz a apreensão de que nas variações de proposições que o eixo apresenta, “tem-se uma política de Estado comprometida com o desenvolvimento econômico associado ao combate à desigualdade social e preservação do meio ambiente” (p. 144). Tal afirmação remete aos índices de depredação da natureza do governo de Jair Bolsonaro e como eles atingem de diferentes formas as populações. Apenas em 2021 os índices de

desmatamento cresceram 29% em relação ao ano de 2020, que já havia sido considerado o pior ano de desmatamento da década³⁷.

Se o mundo já vem sentindo alguns impactos dessa situação, como a crise climática – seca extrema, enchentes, alagamentos, falta de água -, pesquisas apontam para o aparecimento de doenças infecciosas com a destruição das florestas. “60% das novas doenças infecciosas manifestadas em seres humanos — como o HIV, o Ebola e o Nipah, todas originadas em animais florestais — são transmitidas por uma gama de outros animais, sendo, em sua maioria, animais silvestres” (FIOCRUZ, 2019, p. 3).

Importante analisar as mediações e implicações diretas entre a natureza e o ser humano. Assim como as instituições e o Estado respondem a essas implicações. Caso se colocam a favor da continuidade da exploração da natureza, fomentação do lucro e acumulação e, conseqüentemente, da (re)produção de mazelas para população ou, se subsidiam estratégias de prevenção, promoção e cuidado para além de um sistema de saúde.

Esse eixo dos conteúdos demonstra a importância da construção da consciência sanitária na luta pela Proposta da Reforma Sanitária e pelo projeto societário ao qual está vinculada.

O projeto societário vigente, que utiliza mecanismos para subtrair recursos públicos da Seguridade Social para o benefício da iniciativa privada, vale-se da ideia de saúde como mercadoria. Assim, desmonta iniciativas de controle social e relega a relação de direito à de cliente/compra/consumo, sem perspectiva de reivindicação e/ou demanda.

2.1.2 Gestão e financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde

O eixo se refere à política econômica adotada na condução da proteção social, que inclui a saúde. A submissão ao setor privado, em concordância com a política macroeconômico internacional, além de fragilizar os princípios do SUS, cria a falsa ideia de que as fragilidades do sistema são sanadas por novos modelos de gestão, que se configuram como mais um fator de

³⁷ Os dados são do Sistema de Alerta de Desmatamento (SAD) do Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia (Imazon), que monitora a região por meio de imagens de satélites.

fragmentação das premissas do Movimento Sanitário.

Como já referenciado, a política macroeconômica neoliberal possui implicações diretas nas políticas sociais, no SUS e nas condições de vida da população. Nesse sentido,

a Política de Administração Pública é um instrumento fundamental para a Gestão do SUS. Dependendo de como o Governo pretende administrar esta política, os equipamentos e os trabalhadores públicos, haverá sempre repercussões pró ou contra a universalização e a integralidade das Políticas Públicas de um modo geral, principalmente para a Saúde, porque o SUS foi instituído, não apenas como um novo modelo de atenção à saúde, mas enquanto um modelo de gestão do Estado, federalizado, descentralizado, com comando único em cada esfera de governo e com pactuação da política entre as mesmas, com financiamento tripartite, com participação da comunidade e com controle social, dentre outros (REZENDE, 2008, p. 26).

Percebe-se que o SUS demanda um modelo de gestão para além de si, colocando seus princípios como premissas para a Administração Pública. Dessa forma, a não viabilidade desse modelo da Administração Pública e estatal coloca obstáculos na efetivação do SUS constitucional.

Nesse sentido, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde denuncia e reitera que no âmbito da gestão e financiamento da saúde prevalecem:

- Gastos públicos influenciados pela lógica do mercado e modelos gerenciais privatizantes;
- Ampliação de serviços de saúde privados, e inserção de elementos de copagamento dentro do SUS;
- Transferência para o setor privado de atividades de interesse público, através de privatizações e terceirizações, entre outros mecanismos;
- Introdução de mecanismos de competição dentro do setor público, com critérios de mercado (FNCPS, 2011a, p. 74-75).

Os ideais do mercado se inseriram em vários âmbitos da saúde, expandindo-se nas relações sociais e produtivas. Porém, o que se estranha é a quebra impositiva dos princípios fundantes e regentes da saúde, que foram

acordados e conquistados coletivamente e socialmente em 1988.

Com a expansão de capital em busca de novos locais para lucro e exploração, as políticas sociais se tornam alvo, assim como o fundo público. A Frente analisa o contexto de mercantilização e financeirização dos direitos sociais na lógica do privado, como se explica:

estamos assistindo a adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais, inclusive da política de saúde, intensificando mecanismos de mercantilização no seu interior, presentes no contexto dos países capitalistas centrais e no Brasil. Além disso, verifica-se ainda, a permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital. Para se ter uma ideia, no contexto da crise do capitalismo contemporâneo, sob dominância do capital financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal. Constatam--se vários aspectos que vêm enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Destacamos: as crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSS) – de gestão privada –; a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei no 13.097/2015; a aprovação da EC 86/2015 que consolida o subfinanciamento histórico do SUS; a manutenção da Desvinculação da Receita da União (DRU) por 21 anos; o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda e das concessões fiscais as entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e a indústria químico-farmacêutica e, ainda, a adoção de um ajuste fiscal para 2015 por parte do governo federal com corte de recursos significativos para a saúde (MENDES, 2015, p. 12).

A FNCPS analisa, em vários documentos, que a estratégia de apropriação do fundo público para financiamento do setor privado³⁸ está em consonância com as recomendações de instituições financeiras internacionais, fazendo parte do programa de ajuste estrutural de fortalecimento do setor privado na venda de saúde. Assim, as funções do Estado passariam a ser a coordenação e a financeirização das políticas públicas, deixando de executá-las (FNCPS, 2011b).

A Frente compreende que os problemas existentes no campo

³⁸ Apropriação que acontece seja por meio da compra de serviços privados pela rede pública, por meio de convênios, em prejuízo da aplicação de recursos públicos na expansão dos serviços públicos, seja através do repasse da gestão, patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas com os intitulados “novos modelos de gestão” – OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado, EBSEH (FNCPS, 2011b).

da gestão do SUS não se resolvem através de “novos” modelos de gestão, mas assegurando as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão preconizado pelo SUS. Isto implica na necessidade de mais recursos para ampliação dos serviços públicos com gestão pública estatal e controle social efetivo (FNCPS, 2011b, p. 74).

O subfinanciamento do SUS, enquanto uma estratégia de validação da privatização, efetiva-se por meio da realocação do fundo público. Nesse contexto, a DRU é um mecanismo que desvincula parte dos recursos da seguridade social e da educação para que o governo possa utilizá-la para qualquer fim. Sua criação retoma o processo iniciado em 1999 de transferência e garantia de lucratividade do capital portador de juros, de acordo com as orientações dos organismos financeiros internacionais como o FMI (RAVAGNANI, 2013).

Importante marco na agenda de lutas da Frente, em 2016, durante o governo de Michel Temer, foi a aprovação e a recriação da DRU com validade até 2023. O texto permite ao governo realocar livremente 30% do valor dos impostos e contribuições sociais e econômicas federais. Além de permitir que estados, Distrito Federal e municípios instituem o mesmo mecanismo, uma espécie de Desvinculação de Receitas Estatais e Municipais (DRE e DRM)³⁹. O posicionamento da Frente é contundente,

Torna-se importante notar que os problemas que envolvem o Sistema Único de Saúde não se restringem à questões setoriais, mas fazem parte do próprio modelo de desenvolvimento econômico adotado no país, onde constantes cortes de recursos para as políticas sociais se associam a mecanismos que comprometem esses já parcos investimentos [...]. Com o advento do governo Temer os ataques ao SUS se intensificam. Seu forte vínculo com o setor privatista fica claro com a escolha de um ministro que teve sua candidatura a deputado federal financiado por um grande plano privado de saúde. Isso explica suas declarações de que o SUS é “incompatível” com o atual momento com que passa o país, necessitando ser “revisto”. Para tanto, apresenta o projeto de criação de “planos acessíveis de saúde”, cabendo ao Estado oferecer serviços básicos àqueles que não podem arcar com essa despesa, além de aprofundar a compra de serviços da iniciativa privada para os procedimentos de alto custo não cobertos por esses planos e caros o suficiente para impedir seu acesso (FNCPS, 2017a, p. 1).

³⁹ Para mais informações sobre a recriação do DRU e criação do DRE e DRM, visitar: <https://www.camara.leg.br/noticias/490046-camara-aprova-proposta-de-recriacao-da-dru-em-segundo-turno/>.

Outro mecanismo que decorre da retirada de recursos da seguridade social é a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Criada em 2000 em benefício da apropriação financeira, que limita as despesas sobrepondo o pagamento de juros da dívida adquirida após as eleições de 1998 em acordos com o FMI. As implicações da LRF são sentidas no cotidiano das políticas sociais e das trabalhadoras e trabalhadores.

A limitação na contratação de pessoal é destacada por Conceição, Cislighi, e Teixeira (2012) entre os impactos causados pela LRF, tendo como resultado tanto na saúde como na educação no desprovimento da força de trabalho e na redução da realização de concursos públicos. O pagamento de juros da dívida sem o estabelecimento de metas de redução das desigualdades sociais e em consequência sem avaliação da necessidade de ampliação de recursos para as políticas sociais colocam, segundo as autoras, a área social submetida às necessidades da área fiscal, e dessa maneira, a irresponsabilidade social como a outra face da responsabilidade fiscal (RAVAGNANI, 2013, p. 128).

Além da retirada de recursos do setor público, constitui-se como estratégia a privatização por dentro do público, materializada pelos novos modelos de gestão e privatização, que de acordo com a Frente,

em nome de superar as deficiências de gestão, têm apenas e tão somente servido aos interesses de grupos políticos e privados, que as utilizam para atender aos seus privilégios corporativistas, além de manter os trabalhadores sob o permanente tacape da ameaça de demissão pela falta de estabilidade no emprego, comprometendo a educação permanente e a continuidade e qualidade do serviço prestado (FNCPS, 2015, p. 1).

A implantação de modelos de privatização por meio da terceirização e privatização no setor público traz implicações para todo o sistema de saúde, como já salientado. Em relação às trabalhadoras e aos trabalhadores, estes vêm sofrendo,

[com] condições de trabalho marcadas pela violência e, como consequência, pelo sofrimento dos trabalhadores. O assédio moral é referido por praticamente todos os sindicalistas, nos indicando o quanto esse regime de trabalho é calcado na competição, na violência e no autoritarismo [...]. Além disso, a diversidade de vínculos no mesmo espaço de trabalho gera

uma situação de competição e desconfiança entre os trabalhadores, fragilizando sua organização. (BARBOSA, 2015, p. 93-95).

Outra implicação direta, observa a Frente, são os rebatimentos da adoção e dependência de tecnologias, insumos, equipamentos e medicamentos mercantilizados dentro do SUS, o que compromete seu financiamento, mais uma vez, a favor “[d]aqueles que fazem da doença um grande negócio” (FNCPS, 2015b, p. 1).

A entrada do capital na saúde, por meio de planos de saúde e tantos outros mecanismos como já citados, representa um grave ataque articulado à Seguridade Social, que ainda não foi realmente instituída no Brasil, mas resiste (CFESS, 2017).

Os valores neoliberais fortalecidos na atual conjuntura supervalorizam o mercado e a lógica da competição e da meritocracia, o que também impulsiona a mercantilização dos direitos sociais. Acreditamos que é na rua, na luta coletiva, que conseguiremos resistir aos ataques impostos pelo capital (CFESS, 2017, p. 2).

Diante da percepção das implicações de uma gestão vinculada ou não com os princípios constitucionais da saúde, pode-se analisar a importância de estratégias na defesa de uma gestão pública, construída coletivamente e respeitada pelas instituições estatais. Nesse sentido, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde aponta como algumas propostas (2011a, p. 75):

- Defesa dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, intersetorialidade, participação social e descentralização. Combater toda e qualquer tentativa de privatização do SUS: OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A.;
- Aprimoramento do modelo de financiamento do SUS através de:
 - Acabar com a transferência de recursos públicos para o setor privado;
 - Rejeição da manutenção da DRU (Desvinculação das Receitas da União de 20% dos recursos destinados aos setores

sociais)⁴⁰;

- Regulamentação da Emenda Constitucional 29, que estabelece critérios para financiamento dos serviços de saúde, integrado aos da Seguridade Social⁴¹;

Em 2019, o Brasil aplicou um total de R\$289,6 bilhões em ações e serviços públicos de saúde, representando 4,0% do PIB (SIOPS, 2021). Enquanto a DRU aumenta. São movimentações que apenas enfraquecem a saúde pública.

De acordo com as reflexões da Frente, as novas modalidades de privatização, inseridas num sistema sociometabólico capitalista incontrolável e destrutivo se apropriarão de qualquer aumento de recursos destinados à saúde pública.

Constata-se, então um grave problema estruturante de MODELO estabelecido para atender aos interesses de grupos privados, e que não será superado apenas com “melhor” gestão ou com maior aporte financeiro, uma vez que política e financeiramente o sistema estando privatizado se faz inviável e insustentável (FNCPS, 2015, p. 1).

Na agenda de luta da Frente é central, na pauta pela efetivação dos princípios do SUS, o financiamento público, associado a outro projeto societário, com o direito à saúde universal, pública, gratuita, de qualidade, integral e articulada aos determinantes sociais.

2.1.3 Modelo Assistencial que garanta o acesso, priorizando a atenção básica com respaldo na média e alta complexidade

Nesse eixo a Frente visa valorizar a prevenção e promoção da saúde, a integralidade e a intersetorialidade das ações, preconizada no SUS

⁴⁰ Ressalta-se que em 2016, o DRU foi recriado com o percentual de 30% de recursos para desvinculação.

⁴¹ Em 2012, Dilma Rouseff sancionou a Lei complementar n. 141, que regulamenta a Emenda Constitucional 29. O texto define o que deve ser considerado gasto em saúde e fixa os percentuais mínimos de recursos que devem ser aplicados na área pela União, Estados e Municípios.

constitucional. Propõe-se “romper com o modelo, centrado na doença e subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, descolado das necessidades da população que ainda é hegemônico” (FNCPS, 2011a, p. 75);

Nesse sentido, nos posicionamentos da Frente, expressos nos documentos, identifica-se desafios para o modelo assistencial:

- Modelo de atenção à saúde centrado na doença e focalizado, em detrimento das políticas de promoção e prevenção da saúde;
- Incorporação tecnológica orientada pelas estratégias competitivas das indústrias lucrativas da saúde e não pelas necessidades da população;
- Modelos de gestão burocráticos e verticalizados na organização dos processos de trabalho;
- Estabelecimento de metas que não atendem à demanda da população;
- Dificuldades de acesso universalizado e equânime aos serviços, insumos e medicamentos (FNCPS, 2011a, p. 75).

Considerar a promoção da saúde é refletir sobre as ações, sobre os determinantes sociais e como são dirigidas para impactar favoravelmente a qualidade de vida. Implicam em uma composição intersetorial e intrassetorial, por ações de ampliação da consciência sanitária para que se atinja um estado completo de bem-estar. Bem-estar tanto físico quanto mental e social.

A promoção da saúde lida com estilos de vida. Com as formas de viver constituídas nas sociedades modernas, onde a população perde de vista o que é uma vida saudável e passa a adaptar-se a uma forma de vida sedentária e estressante, com o predomínio de consumo de alimentos industrializados com altos teores de sal e ácidos graxos saturados, com o abuso de drogas lícitas ou ilícitas, que são determinantes fundamentais na geração de doenças. Doenças determinadas também por problemas mais comuns nas populações menos favorecidas como o medo, a desesperança, a dificuldade de acesso a bens e valores culturais e de cidadania (BRASIL, 2002b, p. 13).

Para tanto, os sujeitos e grupos sociais “devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social”, de forma que “são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos no interior dessas sociedades e intensificação de

políticas sociais” (BUSS, 2010, p. 2).

Porém, o que se verifica é que,

A nossa prática corrente tem sido do tratamento da doença em detrimento de ações que possibilitem a promoção efetiva da saúde. Quando analisamos o SUS, nos seus 19 anos, percebemos que apesar de alguns avanços pontuais e de relevância e impacto no contexto socioepidemiológico, continuamos presos a uma lógica focada nos medicamentos, nos leitos hospitalares, medicocêntrica e mais recentemente nos exames de alta complexidade. O descompromisso com uma efetiva e agressiva prática de promoção da saúde tem gerado uma demanda cada vez mais crescente por tratamentos cada vez mais especializados e de custos cada vez mais elevados, colocando em xeque não só a capacidade de financiamento, mas o próprio sistema como um todo. Não temos programas que possibilitem um acompanhamento racional de diabetes, hipertensão, oftalmologia, saúde mental, atenção farmacêutica, saúde bucal e outros e somos obrigados, em consequência, a arcar com os desumanos e insustentáveis tratamentos de hemodiálise, cirúrgicos, transplantes, intoxicações e câncer, só para citar alguns (JUNIOR, 2008, p. 42).

Verifica-se que para os participantes da Frente há sempre uma dificuldade de efetivar um modelo de saúde pautado na Promoção, já que a saúde no Brasil sempre foi pensada centrada no médico. Quando se adiciona o elemento da privatização, a questão se agrava.

A promoção de saúde vai na contramão dos interesses do mercado capitalista. Assim, em termos de lutas e posicionamentos da Frente se constitui como ameaça e alvo para o grande capital,

Na dependência dos serviços privados, a universalidade e a integralidade se encontram diretamente comprometidas em função da lógica de mercado que regem estes serviços e do altíssimo custo financeiro dos mesmos. Nos últimos 13 anos, o financiamento do Sistema Único de Saúde saltou de menos de R\$ 30 bilhões/ano para mais de R\$100 bilhões/ano, o que se traduz num incremento bastante razoável, mesmo quando se deduz a inflação do período. Como já foi citado, a maioria desses recursos é utilizada para financiar serviços privados contratados de forma substitutiva à rede pública na assistência e na gestão (FNCPs, 2015a, p. 2).

O subfinanciamento da saúde, além de fortalecer a iniciativa privada, enfraquece os serviços públicos, colocando em xeque a qualidade de atendimento, as condições de trabalho das/dos profissionais de saúde, a

assistência ofertada e os acessos aos serviços/tratamentos.

À medida que são observadas as reais condições dos serviços de saúde do município e suas consequências para a saúde da população, percebe-se que, apesar da real ampliação da rede de atenção básica, não há preocupação com os princípios básicos do SUS – como a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência e a integralidade, compreendida, de acordo com a Lei n 8.080/90 como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Além disso, inexistente a responsabilidade com a qualidade do atendimento (OLIVEIRA, 2015, p. 50).

Sem a promoção de saúde, fica-se limitado ao conceito biomédico de saúde. Não que esse não seja importante, já sana a necessidade imediata, o sintoma, a dor. Mas se constitui de um âmbito, olhar e saber da saúde ampliada, multifacetada e multifatorial.

Importante dizer que o saber biomédico, muitas vezes, ao se limitar a minimizar dores e sintomas, fortalece a indústria farmacêutica e hospitalar, “que fazem da doença um grande negócio” (FNCPS, 2015b, p. 1).

É justamente contra aqueles que tentam limitar a saúde e mercantilizá-la e entendendo a importância da promoção da saúde para a viabilidade de uma sociedade menos desigual e mais equânime, que a FNCPS elenca entre as propostas para o Modelo Assistencial:

Adoção do modelo assistencial centrado no cidadão de direitos. Tendo como princípios a participação dos usuários no processo de promoção, prevenção e recuperação e ampliando o acesso à atenção primária e nos demais níveis do sistema. Incrementar ações que possibilitem uma maior humanização, qualidade dos serviços e satisfação do usuário [...] (FNCPS, 2011a, p. 75).

A participação social é ponto chave na efetivação de um modelo de saúde centrado no cidadão de direitos. A participação em saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1987, p. 299).

A necessidade da participação social foi apresentada pelo Movimento da Reforma Sanitária, no conjunto das lutas contra

a privatização da medicina previdenciária e à regulação da saúde pelo mercado, pondo em discussão a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro. As lutas da saúde articuladas à redemocratização do país foi o tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde que teve como marca Democracia é Saúde e foi aberta à participação de trabalhadores e da população pela primeira vez na história das conferências de saúde (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 128).

A participação social teve papel crucial na conquista e formulação do SUS durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foram congregadas forças sociais e políticas em torno de uma alternativa para a política nacional de saúde e para a sociedade no projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2011b).

Foi por meio de lutas travadas pela Proposta da Reforma Sanitária, centrada na participação de usuárias/os, trabalhadoras/es e gestores, que a participação social e a descentralização tornaram-se diretrizes do SUS na CF de 1988 e regulamentada pela Lei n. 8.142/90, por intermédio das conferências e dos conselhos de saúde (BRAVO; CORREIA, 2012).

Com o avanço neoliberal, a participação social não deixou de ser atingida. Segundo Bravo e Menezes (2011), houve a ampliação de canais de participação, mas, simultaneamente, houve um desrespeito à autonomia da sociedade civil. Na maioria dos espaços participativos criados ou reformulados a determinação da representação vem de cima, pelo governo. A participação ficou reduzida à estratégia de governabilidade, sem uma política de fortalecimento do sistema descentralizado, participativo e de processos democráticos, mesmo com uma multiplicidade de espaços de interlocução.

Espaços em que a população poderia se articular, reivindicar e indicar as dificuldades na promoção da saúde ficam limitados à gestão governamental ditada pela ideologia mercantil. Ocorre um enfraquecimento do potencial do protagonismo das classes, assim como do potencial de se pensar nesses locais para a construção da consciência sanitária. Muitas vezes os espaços são vistos como corrompidos, burocráticos ou não resolutivos.

No contexto de desmonte do SUS, via privatização e aprofundamento da precarização do trabalho, é necessário fortalecer o protagonismo das classes subalternas com vistas às transformações societárias, enfrentando os determinantes sociais do processo saúde e doença, tendo como horizonte uma nova hegemonia. O que é essencial é estabelecer um projeto comum de sociedade, a partir do corte de classe (e de

seus desdobramentos como a questão de gênero, etnia, religião, do meio ambiente, entre outras lutas específicas), aqui o das classes subalternas (BRAVO; CORREIA, 2012, p.148).

Apreende-se, por meio da análise dos documentos e posicionamentos da Frente, que para se estabelecer um projeto comum de sociedade é imprescindível preservar a autonomia e independência dos movimentos sociais em relação ao Estado. São nas lutas cotidianas e no enfrentamento das condições objetivas que se constrói a consciência sanitária e a identidade de classe, transpassada por determinantes de gênero, raça, sexualidade, deficiências.

2.1.4 Política de Valorização do Trabalhador da Saúde

O eixo expressa o entendimento da Frente sobre como “o processo de precarização dos serviços de saúde acontece em similitude com o processo de precarização do trabalho em saúde” (FNCPS, 2011a. p. 76), uma vez que o trabalho em saúde não se efetiva sem a exploração da força de trabalho.

As contrarreformas do Estado na década de 1990, além de nortear a base econômica da vida social, orientaram a dinâmica estatal e sociocultural das sociedades.

Contrarreformar o Estado implica, dentre outras características, uma fundamental: flexibilizar as relações de trabalho dentro e fora do próprio aparelho de Estado. Dentro, com a inovação da ideia e do significado do funcionalismo público; fora com a reformulação das leis trabalhistas que restringem os direitos da classe trabalhadora (CARDOSO, 2014, p. 36).

A flexibilização das relações de trabalho dentro e fora do aparelho do Estado tinha como objetivo orientar as dimensões da vida pelo dinamismo do capitalismo, transformando a sociedade em uma sociedade de consumo. Pautar os ideais capitalistas na prestação de serviços, como a saúde, implica na mensuração de resultados quantitativos e pelo alcance de metas de produtividade e não pela qualidade ou pela escuta aos envolvidos no processo, usuários e trabalhadores (CARDOSO, 2014).

Com o sucateamento do SUS e a implantação da OSs, OSCIPs, Fundações de Direito Privado, EBSEH as conquistas das trabalhadoras e trabalhadores dos serviços estão cada vez mais ameaçadas.

Vítimas das organizações sociais, das OSCIPs, das fundações de direito privado e agora da EBSEH, os trabalhadores do SUS enfrentam dificuldades que os colocam sem dúvida entre os trabalhadores do país mais agredidos pelas inadequadas condições salariais e de trabalho. Lutando heroica e sistematicamente contra a discriminação e a hierarquização social, cultural e politicamente estabelecida na saúde, os trabalhadores sofrem agora os ataques diretos e indiretos da proposta do “mais médicos” (JUNIOR, 2014, p. 21).

Em relação ao Programa Mais Médicos⁴², instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, durante o governo Dilma com o objetivo de atender a necessidade de provimento emergencial de médicos, o autor avalia que há o acerto na disposição a formar e trazer profissionais médicos de outros países, como uma estratégia emergencial de enfrentamento do problema. Porém,

o governo erra de uma forma absolutamente irresponsável quando põe em prática o programa, aprofundando a supervalorização dos médicos e em consequência a discriminação de todos os demais trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional em saúde. Pagando uma remuneração muito acima do razoável, para a nossa realidade, o governo nivela por cima o tratamento salarial dos médicos, enquanto discrimina violentamente outros profissionais (JUNIOR, 2014, p. 21-22).

Outro aspecto dessa discriminação é a forma como o problema é divulgado pelo governo, que diz ser apenas “falta de médicos”. Assim, “temos o fortalecimento e aprofundamento cada vez maior da cultura médico centrada e da falta de perspectivas reais de estruturação da rede pública e do trabalho multiprofissional em saúde” (JUNIOR, 2014, p. 22).

A prática multiprofissional é requisito para efetivação da integralidade, de acordo com Silva, Miranda e Andrade (2017). Para as autoras, a integralidade consiste em,

⁴² O programa foi substituído pelo programa Médicos pelo Brasil durante o governo Bolsonaro em 2019. Para tanto, foi criada a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária de Saúde, instituída como serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública (Decreto nº 10.283/20).

considerar a diversidade do termo; de modo particular, ao tratarmos das práticas das equipes de saúde, cujas ações devem ser pautadas pelo princípio da integralidade na abordagem multidisciplinar, como sugerem os autores, fundamentando-se na articulação e diálogo de diferentes áreas do conhecimento para que se chegue a um objetivo comum: ofertar saúde de qualidade, de modo efetivo, com resolutividade e garantia de direitos aos cidadãos, conforme preconiza a própria legislação brasileira (2017, p. 597).

Percebe-se que a integralidade pressupõe a prática multiprofissional em saúde, já que se faz necessário uma variedade e diversidade de conhecimentos para um atendimento em sua totalidade.

Porém, para se efetivar a prática multiprofissional é necessária uma conscientização sobre a sua importância e sobre a valorização de cada saber profissional. Assim como condições de trabalho dignas para que cada categoria profissional possa prover um atendimento de qualidade de acordo com suas atribuições e códigos de ética.

Diante da percepção da relação direta entre trabalhadoras/es em saúde, a qualidade dos serviços e usuários, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2011a, p. 76) identifica os desafios relacionados a/ao:

- Precarização do trabalho, terceirização dos trabalhadores da saúde, e ausência de incentivo ao profissional;
- Processo de trabalho desarticulado, dificultando a participação consciente e crítica, desestimulando a responsabilidade, e inibindo o exercício da criatividade;
- Baixos salários e ausência de incentivos relacionados a carreira dentro do setor estatal;
- Ausência de política de garantia de oferta de profissionais de saúde em regiões distantes e periferias de grandes metrópoles.

A Frente analisa em documentos que as trabalhadoras e trabalhadores da saúde se constituem como,

Uma força de trabalho que tem historicamente sofrido os efeitos perversos da discriminação direta em relação aos médicos, tendo, nos últimos anos, sido vítima também da

precarização do trabalho e de uma remuneração cada vez menor e sem perspectiva de carreira, ficando à mercê das influências fisiologistas e políticas e refêm do autoritarismo e dos contratos precários sem estabilidade e qualquer possibilidade de qualificação e progressão funcional (FNCPs, 2015a, p. 2).

O trabalho sob o regime dos novos modelos de privatização é realizado sob péssimas condições e alto índice de assédio moral. Esses fatos demonstram que as trabalhadoras e trabalhadores que cuidam da saúde da população vêm sofrendo violências com determinações na própria saúde.

O isolamento dos trabalhadores, as hierarquias de poder que se estabelecem no ambiente de trabalho e os conflitos e disputas que estas provocam terminam por gerar sofrimento e adoecimento entre os trabalhadores. Não casualmente, as denúncias de assédio moral têm sido as mais frequentes. Esses processos de trabalho, extremamente perversos, minam a capacidade de resistência dos trabalhadores e individualizam as estratégias de luta. No caso do assédio moral, a violência no trabalho é atribuída a uma pessoa (um chefe, um colega) e o conflito se estabelece, então, nesta relação individualizada, o que obscurece a percepção coletiva de que a violência contra o trabalhador é estrutural e estruturante das relações sociais de trabalho no capitalismo. Além do mais, há que se considerar que, no assédio moral, é frequente que o assediador seja também um trabalhador de saúde. Todos esses mecanismos têm sido formas históricas de divisão dos trabalhadores que, assim, se fragmentam e se fragilizam coletivamente (BARBOSA, 2015, p. 95).

A divisão das trabalhadoras e trabalhadores é resultado e estratégia da mercantilização dos serviços públicos, que instaura a lógica concorrencial nas relações de trabalho além dos precários contratos de trabalho. Ademais,

Há ainda que se considerar que a formação profissional voltada para o mercado, e também em processo de privatização, cria um 'exército de reserva' de profissionais de saúde que regulam o custo dessa força de trabalho para baixo, com salários arrojados, sem reajustes e outras compensações (BARBOSA, 2015, p. 93).

O sucateamento da saúde piora significativamente as condições de vida da trabalhadora-usuário e trabalhador-usuário, os quais terão a qualidade e quantidade reduzidas da oferta de serviços prestados, já que o objetivo da privatização da saúde é por um lado focalizar os serviços públicos e outro disputar no mercado, enquanto empresa estatal, a prestação de serviços

(CARDOSO, 2014).

É dentro dessa concepção de condições de trabalho que a Frente constrói propostas para a Política de Valorização da Trabalhadora e do Trabalhador da Saúde, sejam elas:

- Avançar na gestão do trabalho em saúde para ampliar a estabilidade, o vínculo, a satisfação e o compromisso dos trabalhadores com o Sistema Único de Saúde:
 - a) Remuneração e incentivos (Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS) sem os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a realização de concursos públicos;
 - b) Organização do processo de trabalho (ênfase no trabalho interdisciplinar, participação dos trabalhadores na gestão, melhoria das condições de trabalho e cuidado com a saúde do trabalhador);
 - c) Educação permanente dos trabalhadores de saúde com a participação dos mesmos no processo de articulação entre as unidades de formação e os serviços;
 - d) Redução das iniquidades na alocação e fixação dos trabalhadores entre as regiões do país.
- Implementação de uma política de recursos humanos que considere a admissão dos trabalhadores por concurso público, a isonomia salarial, a estabilidade do trabalho, os Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) para os trabalhadores de saúde e a qualificação profissional;
- Estabelecimento de diretrizes para a formação em saúde voltada para o interesse público, reorientação dos currículos de ensino para as profissões de saúde, estabelecer critérios para os novos cursos na área da saúde. Defesa do ensino público, gratuito e de qualidade (FNCPS, 2011a, p.76).

No propósito de formação é importante refletir como a precarização atravessa também os espaços formativos. Nesse sentido, avalia-se como pertinente a problematização das Residências Multiprofissionais em Saúde, enquanto espaço de formação para e pelo SUS, que não acontecem sem os reflexos das contradições da precarização formativa e da saúde.

destaca-se que o trabalho em saúde e a prolongada jornada de trabalho do residente inscrevem-se nos marcos da exploração do trabalho pelo capital. Ou seja, ainda que haja particularidades no trabalho do residente, estas particularidades não alteram sua condição de trabalhador (ainda que temporário) no modo de produção capitalista. Nesses marcos, as 60 (sessenta) horas semanais são uma forma de intensificação da exploração do trabalho e são incompatíveis com as propostas de formação inscritas na RMS. [...] é importante destacar que uma possibilidade presente na incorporação de residentes aos serviços é a substituição de trabalhadores. Nesse sentido, certos espaços de residência poderiam estar mais voltados à precarização do trabalho em saúde do que a uma experiência de formação para o SUS (SILVA, 2018, p. 204).

Mesmo atravessada pela conjuntura de desmonte das políticas sociais e de exploração, a Residência carrega em si o potencial de se efetivar a integralidade por meio da prática multiprofissional. É o espaço formativo em que se vê e se trata e integralidade como algo a ser atingido, como uma bandeira de luta (SILVA, 2018). Assim,

é indispensável a intervenção na formação dos novos profissionais, defendendo uma profunda reforma nos currículos universitários, de modo a aproximar a formação profissional em saúde do SUS da realidade e das necessidades do país, cumprindo um papel transformador da sociedade e do trabalho em saúde; ao mesmo tempo em que seja estabelecido um permanente processo de avaliação da qualidade dos cursos hoje existentes, ampliando a formação nas universidades públicas em substituição aos cursos privados, além de universalizar a residência em saúde para todos os profissionais (FNCPS, 2015a, p. 2).

Ao pautar a formação, a Frente amplia sua luta, ademais das condições de trabalho e vincula essas bandeiras à demanda de saúde, reafirmando a necessidade de articulação entre a saúde e os movimentos sociais.

2.1.5 Efetivação do Controle Social

O eixo demonstra a preocupação da Frente com os espaços institucionais de controle social, pois, apesar de serem conquistas sociais, “têm se tornado, muitas vezes, espaços de cooptação de lideranças e movimentos sociais, passando a ser controlados pelos gestores” (FNCPS,

2011a, p. 76). Nesse sentido, permanece a disputa e se propõe a fortalecer os espaços não institucionalizados de controle social.

O controle social foi instituído ao lado do princípio da participação social na CF de 1988. Para que o controle social se efetivasse foram criadas as Conferências e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, que foram regulamentados pela Lei nº 8.142/90.

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. Com relação à descentralização do poder federal e da democratização das políticas públicas, importantes dispositivos foram definidos no sentido da criação de um novo pacto federativo, sendo o município reconhecido como ente autônomo da federação, transferindo-se para o âmbito local novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 30).

Como assinalado, o controle social busca inserir a população nas decisões políticas, como uma forma de correção das históricas injustiças sociais. Essa conquista é resultado da articulação e luta do Projeto da Reforma Sanitária de 1970 e suas proposições societárias.

Aborda-se a concepção de controle social do SUS, que de acordo com Bravo e Correia (2012), visa a participação dos setores organizados da sociedade nas políticas de saúde, desde as formulações, execuções, até a definição da alocação dos recursos para que os interesses coletivos sejam atendidos.

Porém, deve-se também considerar o cenário de tensão emergido a partir de 1990, com o redirecionamento do papel do Estado pelas teses neoliberais. A adesão do Estado brasileiro aos ditames neoliberais internacionais acarretou a redução dos direitos sociais e trabalhistas, no desemprego estrutural, na precarização do trabalho, no desmonte da previdência pública e no sucateamento da saúde e da educação. Esse contexto “tende a debilitar os espaços de representação coletiva e controle democrático sobre o Estado, conquistas da Constituição de 1988” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 31).

Diante desse contexto, vislumbra-se novas concepções acerca dos

conselhos, sejam elas: a concepção que visualiza os conselhos enquanto arena de conflitos em que diferentes projetos estão em disputa⁴³; a percepção dos conselhos como espaço de consenso, onde os diferentes interesses sociais convergem para o interesse de todos⁴⁴, sem levar em consideração a correlação de forças; os conselhos apenas como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público, não percebendo as contradições que podem emergir nesse local a partir dos interesses divergentes⁴⁵; e a posição que nega o espaço/democracia participativa e defende apenas a democracia representativa⁴⁶ (MENEZES *et al*, 2015).

Dessa forma, há uma não homogeneidade social nos espaços sociais e políticos, inclusive nos conselhos e conferências. Esses locais possuem uma riqueza de variabilidade de interesses, concepções, representações e disputas.

Não são espaços neutros nem homogêneos, pois neles existe o embate de propostas divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas, lá representados. Isto significa que o controle social é uma possibilidade nesse espaço, dependendo da correlação de forças dentro dos mesmos, que, por sua vez, é resultante da correlação de forças existente no conjunto da sociedade civil (BRAVO; CORREIA; 2012, p. 137).

Dentro da dimensão de possibilidades, tem-se as ações e articulações fora dos conselhos, exercendo pressão e disputa não institucionalizada. Nesse sentido, verifica-se a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e os Fóruns de Saúde enquanto espaços de articulação não institucionalizados, que se mobilizam e se articulam junto a outros movimentos sociais para disputar a direção da saúde em diversos âmbitos sociais, inclusive nos conselhos e conferências.

Nessa incisiva participação no controle social da saúde, a Frente (2011a,

⁴³ Concepção pautada em Gramsci e nos neogramscianos, entretanto, não é hegemônica nas pesquisas existentes na área da saúde, na atualidade (MENEZES *et al*, 2015).

⁴⁴ Pautada em Habermas e nos neohabermesianos, tem adeptos inseridos nas diversas instâncias do poder político para viabilizar os conselhos a partir de seus interesses (MENEZES *et al*, 2015).

⁴⁵ É influenciada pela visão estruturalista do marxismo, cujo principal referencial é Althusser (MENEZES *et al*, 2015).

⁴⁶ Essa concepção política neoconservadora é assumida por alguns representantes governamentais, mas também tem respaldo na produção intelectual de cientistas políticos dedicados à análise da democracia e dos sistemas de representação nas sociedades capitalistas (MENEZES *et al*, 2015).

p. 76) verifica enquanto desafio:

- Não cumprimento das deliberações dos conselhos e conferências de saúde.

Na conjuntura de privatização da saúde por meio dos novos modelos privatizantes, verificou-se oposição incisiva dos conselhos municipais, estaduais e nacional. Porém a ação efetivada foi aquela que melhor beneficiou o setor privado, ignorando as discussões e deliberações dos espaços democráticos.

O Conselho Nacional de Saúde, através da Deliberação no 001 de 10 de março de 2005, posicionou-se “contrário à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou outros mecanismos com objetivo idêntico, e ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Este Conselho também recusou a proposta de Fundação Estatal para o Sistema Único de Saúde, em sua 174ª Reunião, de 13 de junho de 2007 (CORREIA, 2011, p. 47).

Além do desrespeito às instâncias institucionais de controle e participação social, houve também o desrespeito com a resistência não institucional. A posição contrária dos conselhos estava em consonância com a posição de movimentos sociais, que ocuparam as galerias de diversas Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas durante a aprovação de leis sobre a terceirização (GOMES, 2014).

No mesmo sentido, “a própria criação da EBSEH desrespeita as instâncias de controle social que deliberaram pela não criação e implantação da EBSEH nos HUs” (GOMES, 2014, p. 48).

Assim, é importante ressaltar que o controle social acontece. Setores e grupos sociais estão atentos à questão da saúde. Porém, na correlação de forças têm suas deliberações desrespeitadas em prol dos interesses capitalistas.

essa verdadeira privatária das ações, serviços, gestão e gerência no SUS, acontece, contrariando todas as deliberações e resoluções dos colegiados e dos eventos que

compõem o seu chamado controle social, os conselhos, as plenárias e as conferências de saúde. (JUNIOR, 2014 p. 21).

Diante desse contexto, fica a indagação de como ampliar a participação social para fortalecer o controle social se um dos mecanismos, como os conselhos e conferências estão sendo banalizados e desrespeitados?

Na tentativa de fortalecer o controle social, tão importante para a efetivação de um SUS universal e integral, a Frente (2011a, p. 76) aponta propostas para o controle social na saúde:

- Fortalecimento do Controle Social na Saúde articulado com os movimentos sociais para um amplo trabalho de socialização das informações para que ocorra intervenção qualificada no sentido de exigir direitos e pressionar o poder público;
- Ampliação da gestão participativa e da regulação externa e democrática do sistema público de saúde, articulando com o Ministério Público e outros órgãos/instâncias de representação popular não ligados diretamente à saúde;
- Fortalecimento da autonomia e independência dos movimentos sociais nos espaços de controle social, perante a gestão do SUS, nas três esferas de governo;
- Incentivo à criação de espaços autônomos de controle social como os Fóruns de Saúde nos estados e seus núcleos nos municípios;
- Articular os conselhos de saúde com os das demais políticas sociais, formando uma agenda única para o enfrentamento da questão social.

É importante dizer que o projeto defendido pela Reforma Sanitária e pela Frente apenas é possível de efetivação com participação social ativa nas decisões sociais e políticas. Assim,

É preciso uma ampla campanha de democratização, autonomia, independência e valorização dos conselhos de saúde, envolvendo todos os setores da sociedade, inclusive aqueles que não têm relação direta com o SUS. Para isso é fundamental um protagonismo real dos movimentos sociais independentes, no Conselho Nacional de Saúde (FNCPS, 2015a, p. 3).

Assim, para o fortalecimento do controle social necessita-se da compreensão crítica da consciência sanitária e das determinações que a privatização traz para a saúde da população. Além da importância da inserção de sujeitos ou grupos no cenário político, seja via institucional – conselhos e conferências – ou por meio de movimentos sociais progressistas.

Os estudos e a investigação dos eixos estruturantes da Agenda de lutas da FNCPS evidenciam na análise contradições que aprofundam a privatização da saúde por meio de mecanismos de entrega dos recursos financeiros públicos ao setor privado, novos modelos de privatização, de precarização nas condições de trabalho e de subordinação à lógica mercantil. Assim, em contraposição,

a Frente retoma como fonte unificadora de lutas, a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980: o combate à privatização da saúde, pondo em cheque os novos modelos de gestão [...] que promovem a entrega de patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos para entidades privadas (FNCPS, 2011a, p. 73).

O capítulo demonstra, nos conteúdos analisados, a pertinência da investigação desenvolvida sobre as lutas e resistências da Frente, considerando a hipótese norteadora de que o fortalecimento e defesa do SUS contém na Frente Nacional Contra Privatização da Saúde (FNCPS) um campo de resistência aos ataques neoliberais e neoconservadores contra a classe trabalhadora, ordenados pela expansão e intensificação da exploração da força de trabalho pelo capital.

Ao se estruturar em eixos amplos, em que suas propostas se articulam com demais áreas sociais, a FNCPS confronta a medicina biológica, pautando a integralidade e intersetorialidade na saúde. Problematizar as políticas macrossocietárias, as condições de formação e trabalho e os determinantes sociais, econômicos, ambientais e históricos é reconhecer a saúde como determinada e inserida no contexto mais amplo das desigualdades sociais e disputa de projetos societários.

CAPÍTULO III: SAÚDE PÚBLICA E A FORMAÇÃO DE UMA FRENTE PELA RESISTENCIA E LUTA CONTRA A PRIVATIZAÇÃO

A Frente foi criada em um contexto de grande investida de capital nas políticas sociais, desmonte da política de saúde e falta de representação pela defesa não flexibilizada dos princípios originais do SUS constitucional e do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Os condicionantes sociais e econômicos exigiram uma resposta social, a qual se configurou como a formação de uma Frente pela resistência e luta de um projeto societário onde seja possível efetivar uma saúde pública, de qualidade, estatal e condicionada às estruturas sociais.

A priorização da FNCPS pela procedência da ADI 1923/98 demonstra, assim como o nome da própria Frente “contra a privatização da saúde”, uma concepção de ameaça advinda com os novos modelos de gestão, que são considerados porta de entrada para privatizar os serviços públicos.

Assim, para uma maior explicação da relação público versus privado, a questão central que desencadeia a criação da Frente é assinalar os processos de criação das novas formas de gestão/privatização e como elas estão implicadas no acesso, qualidade e controle social dos serviços de saúde. Assim como nas condições de trabalho e na saúde dos profissionais.

As Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) materializam a privatização, o interesse mercantil e a lógica do capital.

3.1 Posicionamentos e ações da FNCPS acerca dos processos de privatização, terceirização e flexibilização da saúde pública

Os novos modelos de privatização foram criados em momentos diferentes, devendo cada um responder a demandas diferentes em contextos diversos, nos quais se verifica uma abdicação do poder público na gerência dos serviços públicos.

Assim, os posicionamentos e ações desencadeadas pela Frente

Nacional Contra a Privatização Nacional da Saúde são analisados a partir de particularidades, considerados pertinentes para a discussão sobre a privatização, terceirização e flexibilização da saúde pública.

O governo de Fernando Henrique Cardoso, conforme o ideário da Contrarreforma do Estado, partiu do princípio de que as funções do Estado deveriam ser delimitadas à coordenação e financiamento das políticas públicas, mas não de executá-las. Defendia que “nem tudo que é público é estatal” e afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado”. A avaliação era também de que, “se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não irá recuperar a poupança pública”. Além de acreditar que “a Constituição de 1988 exagerou neste aspecto, retirando do executivo a capacidade de iniciativa”⁴⁷ (REZENDE, 2008). Afinal,

o Governo propôs a “livre disputa de mercado” entre as instituições privadas, com o objetivo de promover a “eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas”. Transmitia com isto, idéia do “desperdício na administração pública”. Estes serviços eram: Educação, Saúde, Cultura, Produção de Ciência e Tecnologia. Para estes setores, propôs a estruturação das Organizações Sociais (OSs), que seriam entidades de “direito privado”, “sem fins lucrativos”, que deveriam manter “Contratos de Gestão” com o Governo Federal, que entraria como patrimônio (instalações/equipamentos), pessoal, recursos orçamentários e, em contrapartida, a entidade se responsabilizaria por um nível de atendimento da demanda social, podendo vender serviços conforme sua capacidade. Neste caso, a propriedade seria a “pública não-estatal”. O Governo FHC defendia que o Estado não deveria assumir novos serviços e que os mesmos deveriam ser ampliados, quando necessários, por meio das Organizações Sociais (OSs) (REZENDE, 2008, p. 25).

A criação das OS foi aprovada em 1998 pela Lei 9.637, no Congresso Nacional e o posicionamento da Frente denunciava,

a extinção do órgão público responsável por áreas sociais decisivas - Saúde, incluindo os Hospitais Universitários, Assistência Social, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Previdência Complementar do Servidor Público, Comunicação Social, e promoção do Turismo, entre outras - e a absorção de suas atividades por uma entidade

⁴⁷ Citações retiradas do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, 1995.

privada, qualificada como OS. Isso significa a transferência da gestão e das atividades das políticas públicas para o setor privado, mediante repasse de recursos financeiros, de equipamentos, de instalações públicas e de pessoal, nas áreas através das quais o Estado viabiliza (ou inviabiliza) os direitos sociais garantidos legalmente, subtraindo até mesmo aos Tribunais de Conta a prerrogativa constitucional de fiscalizar os resultados e a economicidade dessas apropriações de recursos públicos. Portanto, a privatização dos serviços públicos nessas áreas constitui-se uma grande ameaça à garantia desses direitos fundamentais sociais (FNCPs, 2012, p. 24).

Não bastando a implementação das OS como porta de entrada para a privatização, em 1999 são instituídas as OSCIP pela Lei Federal nº 9.790/90, que propõe “a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui e disciplina o Termo de Parceria” (BRASIL, 1999, p. 1).

Basicamente, o propósito é transformar as OSs em OSCIP, visto que estas possuem maior alcance e abrangência quanto aos seus objetivos e projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos. “Com a Lei das OSCIP, grande parte das ações de governo poderá ser transferida ao setor privado” (REZENDE, 2008, p. 28).

A diferença, afirma Rezende (2008), está na transferência dos serviços para ONGs, cooperativas, associações da sociedade civil em geral, por meio de parcerias. Não há Programa de Publicização, como para as OS, que promove a extinção de órgãos administrativos já existentes.

De acordo com a autora, as OSs e as OSCIPs são mecanismos para assegurar as recomendações e intenações da Contrarreforma de Estado, especialmente, a flexibilização da força de trabalho, o enxugamento do Estado e a limitação do controle social, mesmo que com descumprimento do Pacto Constitucional de 1988.

Em 2007, no segundo mandato do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, tem-se um novo projeto de privatização da saúde no cenário brasileiro: Projeto Fundação Estatal. A proposta tinha ideias muito semelhantes com um documento do Banco Mundial (Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento), divulgado em março de 2007, com recomendações para o aumento da qualidade de gestão e racionalização do gasto público do SUS (GRANEMANN, 2011).

Ressalta-se que as Fundações Estatais fazem parte da administração pública indireta, estando submetidas parcialmente ao regime administrativo, já que estas entidades não seguem a rigor o regime de licitações, sendo autorizadas a instituir regulamentos próprios. Além da necessidade de realização de concurso público. O que dificultaria mecanismos clientelistas usualmente utilizados para o ingresso de pessoal (SILVA, 2012).

A noção de que as políticas sociais podem ser desenvolvidas nos moldes análogos aos serviços privados leva os formuladores do Projeto Fundações Estatais a justificarem a constituição de fundações estatais em “setores em que cumpre ao Estado atuar de forma concorrente com a livre iniciativa, exercendo atividades que, embora consideradas de relevância para o interesse público, não lhe sejam exclusivas, necessitando para isso, de maior Autonomia e flexibilidade de gestão que favoreçam a eficácia e a eficiência da ação governamental” (MPOG;2007, 10). O fetiche do mercado atinge o seu ápice quando ao Estado se quer reservar o papel de concorrente dos serviços privados e se elege a lógica empresarial – convém, lembrarmos, é a do lucro! – para definir eficácia e eficiência na ação estatal que, na consecução de políticas sociais, opera com lógica inteiramente diversa ao da empresa privada (GRANEMANN, 2008, p. 37).

Importante enfatizar que o projeto de lei sobre as Fundações Estatais não houve continuidade no Poder Legislativo Federal. Mas apesar disso, alguns estados e municípios instituíram fundações estatais, especialmente para personalizar serviços públicos de saúde (CONASS, 2016b).

Utiliza-se também os argumentos de eficácia e eficiência para a criação e implementação da EBESRH iniciada em 2010, ainda sob os governos de Lula e Dilma. Esses governos não romperam com a agenda das contrarreformas de Estado e de políticas sociais.

a contrarreforma do Estado brasileiro iniciada na década de noventa não acabou: realizado o processo fundamental de privatização das estatais no governo FHC, temos no governo Lula e Dilma a privatização - aberta e velada - das políticas sociais e da educação superior, atualmente articuladas na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (CARDOSO, 2014, p. 32).

A EBESRH foi apresentada como uma solução para a “crise” dos Hospitais Universitários (HUs), resultado da falta de investimentos para dar conta de toda atenção social (ensino, pesquisa, extensão e assistência à

saúde), característica dos HUs, e da progressiva redução de pessoal que assolou o setor público. Correia (2014) afirma que a principal justificativa para criação da EBSEH apresentada pelo Governo Federal foi a necessidade de “regularizar” a situação de terceirização de acerca de 26 mil trabalhadores dos HUs em todo o país⁴⁸.

Importante observar que o governo teve quatro anos para fazer concursos públicos para repor o quadro de servidores e não o fez. Quando se esgota o prazo, apresenta a EBSEH como solução, aprovada pela Lei nº 12.550/11. Nesse sentido, “confirmava-se, então, a intenção do governo de retirar a gestão dos hospitais universitários das mãos das universidades por meio de um modelo de gestão de direito privado” (CISLAGHI, 2011, p. 60).

Assim, a EBSEH é definida como uma Empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, “para prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos” (BRASIL, 2013, p. 1). Além de, assim como os outros modelos privatizadores, “é dispensada a licitação para a contratação da EBSEH pela administração pública para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social” (p. 2).

A retomada dos contextos históricos da criação dos novos modelos privatizantes colabora para o não rompimento com as contrarreformas. Pelo contrário, a efetivação dos interesses capitalistas já se faz um processo histórico no cenário brasileiro, colocando em risco conquistas sociais, direitos e garantias de sobrevivência.

Os “novos modelos de gestão”, apesar de suas diferenças internas, integram a estratégia de contrarreforma do Estado, pois têm a mesma natureza de repasse do fundo público para entidades de direito privado, flexibilizando a gestão, as relações de trabalho, os direitos sociais e trabalhistas, e privatizando o que é público (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 36).

A privatização implica na retirada dos serviços públicos da dimensão do

⁴⁸ Acórdão 1520/2006 – TCU acolheu proposta do Ministério do Planejamento, fixando cronograma de 4 anos para a realização de concursos públicos visando à substituição de expressivo contingente de agentes terceirizados em vários órgãos e entidades da Administração Pública federal, em especial nos 45 HUs, prazo que expirou em 31 de dezembro de 2010 (CORREIA, 2014).

direito, que passa para o âmbito do mercado, sob os ideais mercantis, sejam a eficiência e eficácia, racionalização e lucratividade, ou seja, o menor gasto possível para o maior lucro.

Na busca por locais para expansão, a área da saúde chama atenção do capital por circular um grande volume de recursos⁴⁹. Trata-se da tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento da reprodução do capital. Para responder às necessidades de expansão, flexibilização e privatização (NETTO, 2012b), o setor privado busca, por dentro do Estado, apropriar-se dos recursos disponibilizados à política pública da saúde.

Além do processo de privatização, ocorre em consonância, um ataque aos direitos sociais e trabalhistas, historicamente conquistados.

Correia (2011) discorre sobre como o processo de privatização via terceirização da gestão e dos serviços públicos, através das OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado e EBSERH se dá nas áreas em que se localizam as políticas públicas - Saúde, Assistência Social, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Previdência Complementar do Servidor Público, Comunicação Social, e promoção do Turismo, entre outras. Assim, os direitos sociais garantidos legalmente por meio de serviços sociais públicos sofrem uma grande ameaça à sua garantia quando os setores através dos quais o Estado viabiliza (ou inviabiliza) os direitos são privatizados.

A autora é incisiva ao afirmar que se trata de um amplo processo que ameaça frontalmente os direitos sociais.

as áreas que estão sendo repassadas para o setor privado são áreas decisivas de lutas sociais cotidianas pela efetivação dos direitos duramente conquistados na forma da lei. O que resta do setor público brasileiro está fortemente ameaçado com os processos de terceirização dos serviços públicos e da sua gestão em diversos estados e municípios brasileiros (CORREIA, 2011, p. 45).

Em relação à saúde, os princípios da universalidade e da integralidade permanecem em constante ameaça pela crescente diminuição de oferta de serviços neste tipo de gestão que tem como lógica o lucro. Por trabalharem com metas, se houver uma demanda maior do que a meta estabelecida no

⁴⁹ No Brasil, foi investido um total de R\$ 289,6 bilhões em ações e serviços públicos de saúde em 2019, representando 4,0% do PIB (SIOPS, 2021).

contrato de gestão firmado, as necessidades da população serão negadas uma vez que estão fora das metas contratualizadas. “Para as entidades privadas, os recursos financeiros estão acima das necessidades da população” (CORREIA, 2011, p. 45).

Para Gomes (2014), outra ameaça aos princípios do SUS se dá pela introdução da perspectiva da dupla porta de acesso⁵⁰. Além da não obrigatoriedade da manutenção das dotações orçamentárias⁵¹, da contratação e permanência dos profissionais de saúde que já não possuem vínculos permanentes com a Administração Pública. Os contratos de gestão com as entidades privadas e os contratos de trabalho com os profissionais de saúde são precários, podendo ser rescindidos unilateralmente a qualquer tempo, o que afeta a continuidade e qualidade dos serviços.

Para além da qualidade e continuidade dos serviços, as implicações da privatização afetam diretamente as condições de trabalho e saúde das trabalhadoras e trabalhadores da saúde. De acordo com Correia (2011),

As Organizações Sociais eliminam concurso público para contratação de pessoal, abrindo um precedente para o clientelismo, bem como para a precarização do trabalho frente à flexibilização dos vínculos. A contratação sem concurso só favorece o fortalecimento de “currais eleitorais” nos estados e municípios e contraria o ingresso de trabalhadores da saúde de forma transparente, além de não assegurar direitos trabalhistas e previdenciários, o que resulta na precarização do trabalho (p. 46).

Ademais, ocorre uma rivalidade entre as trabalhadoras/es contratadas/os pelo Regime Jurídico Único e aquelas/es contratadas/os pelas OSs, no regime CLT. O que dificulta o poder de organização como classe.

Nesse sentido, Correia (2011) afirma que a gestão do SUS constitucional apresenta mais vantagens para as/os trabalhadoras/es que os novos modelos de privatização. A gestão do SUS garante contratos de trabalho

⁵⁰ Um exemplo foi a tentativa do estado de São Paulo, prevista pela Lei Estadual 1.131/2010, de reservar 25% dos leitos das unidades de saúde administradas por organizações sociais para atendimento pelas operadoras de planos de saúde. Se a medida não fosse contestada judicialmente, haveria uma discriminação entre usuários do SUS que possuem ou não planos de saúde (GOMES, 2014).

⁵¹ Toda e qualquer verba prevista como despesa em orçamentos públicos é destinada a fins específicos. Qualquer tipo de pagamento que não tenha dotação específica só pode ser realizado se for criada uma verba nova ou dotação nova para suprir a despesa.

através de Regime Estatutário, assegurando a Estabilidade do Servidor Público; Recrutamento de pessoal através Concurso Público com Direitos Trabalhistas Garantidos; Plano de Cargos, Carreira e Salários, equilibra as carreiras gerando segurança ao profissional para o desempenho de suas funções. Com a privatização, abandona-se o projeto de construção de uma carreira única para os profissionais de saúde, sendo uma,

[...] medida [que] atinge de modo contundente a organização da força de trabalho porque a fragmenta e a torna frágil para lutar por melhores condições de vida universalizadoras e para defender as políticas sociais nas quais está inserida como trabalhador que presta serviço para sua própria classe (GRANEMANN, 2011, p. 52).

A fragmentação dos profissionais da saúde tem implicações no controle social na saúde. Porém, o controle social na gestão privatizada não ocorre em conformidade com a legislação do SUS, os conselhos de saúde são substituídos por conselhos administrativos, consultivos ou fiscais das OSs (art. 3º da Lei 9.637/1998) e da EBSEH (art. 9º da Lei 12.550/2011), os quais não prevêm a participação paritária para os usuários (GOMES, 2014).

o Controle Social tão caro aos princípios fundadores do Sistema Único de Saúde é substituído por conselhos moldados nas grandes empresas capitalistas, inclusive ao usar terminologias ali nascidas e aplicadas. Estas, cuja gênese e modelo emergem nos Estados Unidos, por funcionarem sob a forma de ações passaram a realizar o controle dos negócios pelos conselhos que subordinados aos proprietários das ações efetuam o ‘controle corporativo’⁵², baseado nos interesses dos principais acionistas sobre os lucros e rumos da corporação. No centro do ‘controle’ estão os instrumentos de gestão típicos dos negócios da iniciativa privada (GRANEMANN, 2008, p.39).

Verifica-se que a privatização por meio das OSs, OSCIPs, Fundações Estatais e EBSEH quebram com os princípios do SUS, distorcendo o papel estatal na prestação de serviços e direitos sociais. Os contratos com as entidades se constituem para além da gestão, sendo de contratos de gestão,

⁵² A expressão “governança corporativa”, do inglês “corporate governance”, foi traduzida de modo “oblíquo” para o português. A tradução da expressão é pouco reveladora do processo real no qual os fundos de pensão – a previdência privada – nos Estados Unidos definem sua ação como capitais que representam interesses corporativos – da corporação, do grupo empresarial, dos grandes proprietários de ações. A “tradução” rápida para “governança corporativa” oculta o conteúdo da ação dos capitais que revela na forma, fragilidade e escassa correção de sentido (GRANEMANN, 2006 apud GRANEMANN 2008).

de adesão e de cessão do bem público.

Constata-se, em conformidade com Correia (2011) que, “o progressivo aumento de repasse de recursos públicos para as OSs demonstra que o argumento de que a privatização traz o enxugamento de gastos públicos é um engodo” (p. 46-47). O enxugamento de gastos, eficiência, eficácia se fizeram cortina de fumaça para os verdadeiros interesses de alocação de capital privado por dentro da Saúde Pública.

Porém, as consequências dessa distorção tanto da máquina estatal e do SUS, está levando progressivamente a morte do SUS,

e tal morte se justifica pelas mudanças que afetam tanto os seus princípios – destacando a equidade, onde se observa a diferença de tratamento entre os pacientes do SUS e privados nas unidades contratadas, até na questão do financiamento, onde a destinação dos recursos públicos para estas parcerias não se limita apenas ao contrato de serviços. [...] o outro lado obscuro desta relação financeira, com beneficiamento destas entidades com os recursos públicos do BNDES oriundos da emissão de títulos públicos, além das isenções de contribuições que financiam o Sistema de Seguridade Internacional (FLEURY, 2012 apud ASSIS, 2015, p. 74).

Os novos modelos de privatização constituem risco à saúde da população, em seu conceito ampliado e na dimensão do direito, enquanto dever do Estado. É dentro dessa concepção e fiéis ao Projeto da Reforma Sanitária, que a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde retoma como sustentação de suas lutas, o combate à privatização da saúde (2011b).

A Frente considera os novos modelos privatizantes a “coluna vertebral” (FNCPS, 2011b) e “formas mascaradas” (FNCPS, [2011c]) da privatização dos serviços públicos no Brasil, que colocam o direito à saúde em ameaça.

O setor saúde interessa cada vez mais àqueles que fazem da doença um grande negócio. Não se limitando a lucrar com a produção e comercialização de medicamentos, equipamentos e materiais médico-cirúrgico-hospitalar, avançam sobre os insuficientes recursos destinados ao atendimento da população (FNCPS, [2015b], p.1).

O que se evidencia com a priorização da luta pela ADI 1.923/98, produzindo relatórios, manifestos, abaixo-assinados, participando de conferências.

No relatório-analítico “contra fatos não há argumentos” (2012), entregue

aos Ministros do STF junto com o abaixo-assinado com mais de 7.200 assinaturas, consta

depoimentos de usuários e trabalhadores dos serviços das OSs e em pesquisa na imprensa que noticia a realidade desses serviços, a situação dos trabalhadores e as diversas fraudes que envolveram vultosos recursos públicos, em prejuízo da Administração Pública (FNCPS, 2012, p. 1).

Os relatos trazem fraudes que envolvem recursos públicos, uma vez que a gestão das OSs não utiliza de licitações para a aquisição de bens e serviços, opera sem transparência e sem controle social. Além da própria gestão terceirizada “terceirizar” seus serviços, a famosa quarteirização. O relatório ainda demonstra que “os custos das OSs são mais altos, os doentes ficam mais tempo sozinhos nos leitos, a taxa de mortalidade geral é maior e que há uma ampliação da desigualdade salarial entre os trabalhadores”⁵³ (FNCPS, 2012, p. 6).

O documento também aponta falhas na legislação, que não prevê qualquer tipo de controle social na gerência terceirizada. No que tange a efetivação do direito à saúde, a FNCPS argumenta que o compromisso com a população usuária do SUS é a mais atingida pelo desmonte do sistema, uma vez que,

com a privatização, se oferece um grande risco para a efetivação dos direitos sociais, ameaçando assim a quebra do que foi conquistado legalmente, fruto de lutas sociais: o direito à saúde. O sucateamento dos serviços públicos tem acelerado nos estados e municípios que implantaram as OSs, onde já se constata a quebra de acesso aos serviços de saúde (FNCPS, 2012, p. 13).

Na tentativa de barrar a implantação das OSs, a Frente realizou visitas e

⁵³ os hospitais analisados custam 60 milhões de reais a mais nas O.S.s do que nas gestões diretas – uma variação de 38,52 % de menor eficácia; o custo do leito por ano nas O.S.s foi 17,60% maior que nos hospitais da administração pública; em 2004, o Hospital Evangélico na Bahia recebeu R\$ 2.655.000,00, quantia correspondente à implantação da estrutura do centro de saúde, sem que fossem ao menos efetivamente comprovadas; no Rio de Janeiro, do total de mais R\$ 500 milhões gastos pela Secretaria Estadual de Saúde só com medicamentos e material médico-hospitalar para hospitais e UPAs em 2009, 13,7% correspondem a compras feitas sem licitação, sob a alegação de eram aquisições emergenciais. Entre os produtos que constam da lista de compras emergenciais estão um antibiótico, um anticoagulante, um analgésico e até gaze usada em curativos, todos adquiridos a preços muito acima dos normalmente cobrados no mercado; em Alagoas, mais de R\$ 3,7 milhões que teriam sido gastos enquanto o hospital esteve fechado (FNCPS, 2012).

audiências com os Ministros do STF, inclusive com o próprio ministro relator da ADI, Carlos Ayres Brito, e foram entregues os abaixo assinados contra a procedência da ADI 1.923/98, o relatório “Contra fatos não há argumentos” e a Carta aos Ministros do STF com assinatura das entidades da Frente.

Outra dimensão de atuação da Frente é a mobilização social. Estão nas ruas, manifestações, universidades. Assim, estão em diálogo com trabalhadores, estudantes, universitários, usuários, partidos políticos e movimentos sociais.

Nesse sentido, os Fóruns de Saúde se constituem um importante espaço de controle democrático não institucional com perspectiva de classe, já que apontam,

como desafio estratégico resistir aos interesses do capital dentro do SUS, ou seja, a saúde como mercadoria e fonte de lucro, denunciando os interesses do capital que dilaceram o SUS, em nome da defesa do SUS. São espaços que congregam setores da esquerda, sendo uma frente anticapitalista (MENEZES, 2016, p. 181).

Além da socialização e politização realizada nos Fóruns, a Frente organiza os seus Seminários. O primeiro seminário nacional da Frente aconteceu em novembro de 2010, no Rio de Janeiro. Congregou 400 participantes de todo o país e deu origem à Frente Nacional Contra a Privatização.

Em 2020, a Frente realizou o 10º Seminário Nacional Contra a Privatização da Saúde, de forma virtual devido a pandemia da covid-19, com o tema “FNCPS: 10 Anos de Luta pelo SUS 100% Público, Estatal e de Qualidade e pela Construção de uma outra Sociedade”⁵⁴.

A realização de seminários propicia uma articulação com diversas áreas do conhecimento, debatendo sobre saúde, desafios e propostas de acordo com a conjuntura política e econômica. Assim como possibilita mobilizações com os movimentos sociais e sujeitos sociais.

Além dos seminários, dos atos, dos abaixo-assinados, das manifestações, da mobilização nas redes sociais, contribuindo para a divulgação e o interesse social do que se passa na saúde, a Frente tem exercido um papel muito importante no fortalecimento do controle social.

⁵⁴ Verificar em: <https://10fncps.vpeventos.com/#/>.

A Frente Nacional tem utilizado algumas estratégias de luta no campo jurídico cabe destacar: ações civis públicas; ação direta de inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais e contra as suas implementações, articulações com os ministérios públicos estaduais e federal, TCE (Tribunal de Contas do Estado) e TCU (Tribunal de Contas da União), continuidade ao acompanhamento à votação da ADI 1.923/98 (pela inconstitucionalidade da lei 9.637-98 que cria as OSs); articulação para elaboração da ADI 4.895-2013 contra a EBSERH, ajuizada pelo Procurador Geral da República (BRAVO; MENEZES, 2014, p. 78).

Além das reuniões com Ministros e parlamentares, a Frente acompanhou a votação da ADI nº1.923-98, no plenário do STF, em 31 de março de 2011, e realiza, a partir de 2011, atos políticos estaduais no dia mundial da saúde (07 de abril), bem como diversas manifestações estaduais contra a privatização da saúde (BRAVO; MENEZES, 2014).

A Frente e os Fóruns também se articulam para participar de Conferências de Saúde. Uma participação com destaque foi durante a 14^a Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011. Os delegados da conferência rejeitaram, em maioria, a privatização da saúde imposta atualmente (SANTANA, 2017). Na ocasião, a Frente lançou o “Manifesto em defesa do SUS e contra a privatização”, caracterizando os novos modelos de gestão como formas mascaradas de privatização, uma vez que entregam a gestão, patrimônio, serviços, trabalhadoras, equipamentos e recursos públicos para as entidades privadas. Assim, configuram-se no “mais grave e intenso ataque contra o SUS em toda sua história” (FNCPS, [2011c], p. 1).

Vale destacar que a 14^o Conferência Nacional, em 2011, foi marcada por uma árdua disputa entre os defensores do SUS público e os defensores dos novos modelos de gestão/privatização. Mesmo os delegados tendo rejeitado a privatização, na Plenária Final ocorreu uma manobra na tentativa de não dar visibilidade às propostas aprovadas contra as formas de privatização contempladas no relatório final.

A solução encontrada foi a aprovação e divulgação de uma “Carta da 14^a Conferência Nacional de Saúde”, que contemplava demandas importantes, mas omitia o posicionamento contra a privatização. O processo democrático acontecido, desde as conferências municipais, estaduais até a Conferência

Nacional foi desrespeitado (MENEZES, 2016).

Já na 15ª Conferência Nacional de Saúde, a avaliação da Frente foi que os debates sobre as dificuldades e problemas que a política de saúde no Brasil passa não foram aprofundadas na medida necessária visto o desmonte do SUS, mesmo com o empenho de delegados, observadores e convidados. “Questões importantes envolvidas com a defesa intransigente do direito à saúde foram tratadas de maneira superficial, apesar de manifestas na fala da quase totalidade dos participantes e presente no Relatório Base da 15ª CNS” (MENEZES, 2016, p. 185).

Em nota publicada após a Conferência, “Nota da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde à 15ª Conferência Nacional de Saúde”, a Frente chama a atenção para a luta ideológica, que ocorre na mídia, no senso comum, “que utilizam das fragilidades do SUS para sua desqualificação, com vistas ao atendimento de seus interesses particulares” (FNCPS, 2015a, p. 1). E defende,

[...] a obra monumental que o SUS construiu nesses poucos anos de existência, inscrevendo-o, inclusive, como um dos principais fiadores dos avanços na qualidade de vida atingida pela população brasileira nos últimos anos, mesmo com todos os problemas estruturais e adversidades que se apresentam em seu cotidiano (FNCPS, 2015a, p. 1).

É importante ressaltar que o SUS ultrapassa os atendimentos hospitalares e/ou ambulatoriais. Ao contrário do que se pensa, toda população é usuária do SUS, mesmo aquelas que possuem planos de saúde privados. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o mecanismo pelo qual o sistema público fiscaliza, regulamenta, qualifica e habilita os planos de saúde brasileiros e as unidades de saúde privadas, com o intuito de assegurar o interesse público (MONTEIRO, 2020).

Ademais, por meio da Vigilância Sanitária, cabe ao SUS a fiscalização e a qualidade de alimentos, além da adoção de medidas preventivas e de controle de surtos, epidemias e agravos à saúde pública em aeroportos, portos e rodoviárias no Brasil. O SUS também está presente nas clínicas veterinárias, verificando as normas sanitárias, assim como é responsabilidade do sistema público a imunização de animais, entre outras ações.

Tem-se ainda o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água

para Consumo Humano (Vigiagua), estruturado a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde, que abrange o conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública, a fim de garantir o respeito à norma de qualidade estabelecida na legislação vigente e avaliar os riscos da água para a saúde humana, atuando nas formas de abastecimento de água coletivas ou individuais na área urbana e rural, de gestão pública ou privada, incluindo as instalações intradomiciliares.

Para além destes serviços, o SUS garante imunização e a realização de procedimentos de média e alta complexidade, como doação de sangue e leite humano (por meio de Bancos de Leite Humano), quimioterapia, transplante de órgãos, entre outros (MONTEIRO, 2020).

Os vários e múltiplos aspectos que se efetivam resistindo ao sucateamento e subfinanciamento do SUS são consequência da participação direta, propositiva e vigilante da militância organizada em prol do SUS em todo país,

[...] desde as capitais até as mais longínquas localidades, atuando não só nos espaços institucionalizados, como os conselhos de saúde, mas também nos locais de trabalho, moradia, escolas, etc. - fazendo também com que a pauta da saúde seja priorizada junto às entidades sindicais, movimentos sociais e organizações populares (FNCPS, 2015a, p. 1).

A proposta original do SUS é retomada pela FNCPS, assim como a resistência contra as propostas em detrimento da saúde pública, aprovada ou em tramitação. Além da defesa pela reversão total do atual modelo vigente e o resgate dos princípios básicos do SUS. Nesse sentido, propõe a estruturação da Atenção Básica como ponto de partida, enquanto orientadora do sistema de saúde.

Mais do que representar a porta de entrada e a possibilidade concreta de resolução da imensa maioria das demandas, com conseqüente racionalização do financiamento e diminuição da necessidade de serviços especializados de alto custo e de internações hospitalares, o modelo defendido é o de uma Atenção Básica transformadora, atendendo o paciente de forma Integral, constituindo-se em um ambiente privilegiado para a compreensão da determinação social do processo saúde e doença, contribuindo com a transformação da sociedade (FNCPS, 2015a, p. 3).

Percebe-se a defesa da Atenção Básica enquanto estratégia de resistência ao modelo privado, uma vez que serviços especializados e hospitalares demandam mais recursos. A Atenção Básica possui potencial, se tiver condições objetivas para exercer a integralidade, de acompanhamento e monitoramento dos determinantes da saúde, podendo intervir efetivamente na saúde da população.

Quando se tem maior concentração das ações privatizantes na atenção especializada e de alta complexidade, mas não exclusivamente, vislumbra-se um menor investimento na Atenção Básica. Não apenas por esta ainda ter, maioritariamente, gestão estatal direta, mas pelo potencial de promover saúde e prevenção, acarretando na redução de intervenções, serviços e internações na média e alta complexidade. Conseqüentemente, os recursos destinados aos modelos de privatização diminuiriam.

Em 2018, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, na qual a Frente também estava presente e produziu a nota “Nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) à 1ª Conferência de Vigilância em Saúde”. Na nota consta um histórico da submissão das políticas públicas brasileiras à lógica neoliberal, passando pelas contrarreformas trabalhista, previdência e a PEC 95 no governo Temer, “que trarão impactos profundos sobre a condições de vida da população e, conseqüentemente, sobre suas condições de saúde. Teremos mais pessoas doentes e ações em saúde insuficientes para o atendimento de todos” (FNCPS, 2018, p. 1).

A Frente alerta que,

Mais do que nunca estamos diante do fortalecimento do modelo biomédico de assistência à saúde, biologicista, curativista, hospitalocêntrico, com ênfase na medicina e suas especialidades e fortes vínculos com as empresas farmacêuticas, indústrias médico-hospitalares, redes privadas de apoio diagnóstico e sistema financeiro nacional e internacional (FNCPS, 2018, p. 2).

Também traz reflexões sobre a complexificação da sociedade capitalista e como ela impõe novos desafios à Vigilância em Saúde e à Saúde em geral.

O crescimento desordenado das grandes cidades que está relacionado com o aumento da violência, em especial nas periferias, não se limitando mais a problemas de saneamento básico, abastecimento de água e questões de infraestrutura urbana. Destaca-

se também questões demográficas e epidemiológicas que não dizem respeito somente ao aumento da população, seu envelhecimento e mudanças na distribuição de doenças, mas também às respostas necessárias por parte dos serviços de saúde para o atendimento dessas demandas, concorrendo para isso o advento de novos conhecimentos e tecnologias. Outra questão é que a discussão sobre o meio ambiente precisa ser analisada não só à luz do papel privilegiado do agronegócio no país, com expansão das áreas de cultivo, uso indiscriminado de agrotóxicos, desregulamentação do uso de transgênicos, abuso na utilização de antibióticos na pecuária, mas também com relação aos impactos socioambientais dos “megaprojetos” governamentais, além da lógica do consumo desenfreado com esgotamento de recursos naturais, em especial a água (FNCPS, 2018, p. 2).

A Frente chama atenção para as demandas dos movimentos sociais, relacionadas ao enfrentamento dos problemas de discriminação e violência contra mulheres, população negra e LGBTQIA+, principalmente num momento de crescimento da onda conservadora no país (FNCPS, 2018).

A Frente também se posiciona produzindo manifestos. Em 2013, publicou o “Manifesto de repúdio à proposta do Governo Federal de subsidiar os planos privados de saúde”,

Tal proposta consistiria na prática em universalizar o acesso à saúde das pessoas através de planos e seguros privados, e não através de serviços públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O preceito constitucional da saúde como direito é ferido mortalmente, ao ser substituído por uma abordagem da saúde como mercadoria a ser mais amplamente consumida, especialmente para as chamadas classes C e D, para impulsionar o atual modelo de desenvolvimento (FNCPS, 2013a, p. 88).

Constatam uma privatização diferente da travestida de modernização da gestão. E, diferente da privatização na forma da complementaridade invertida, na qual a rede privada absorve grande parte dos recursos públicos destinados à média e alta complexidade por meio de convênios e contratação de serviços da rede privada pelo SUS, em vez de ser complementar.

A atual inflexão, se confirmada, vaticina uma total derrota do Movimento da Reforma Sanitária, que na 8ª Conferência Nacional de Saúde defendia uma progressiva estatização do setor, pois o inverso é que se materializaria. Tornar-se-ia absoluta, e em níveis nunca antes vistos nesse país, a tendência da nossa história recente de alocar cada vez mais os fundos públicos para o setor privado da saúde em detrimento da ampliação do setor público para a garantia do direito de todos à saúde e do dever do Estado de prestar serviços à população (FNCPS, 2013a, p. 88-89).

A Frente também se posicionou sobre as Manifestações de Julho de 2013 com críticas incisivas sobre os rumos que o governo estava dando para a saúde, na publicação “Ir para as ruas e se manifestar faz bem à saúde!”.

A Frente considera que as propostas apresentadas para a Saúde pela presidenta diante dos reclamos das ruas são insuficientes e não apresentam nenhuma mudança de fundo ou reforma estrutural para o atendimento das necessidades sociais que estão fazendo o país explodir. Não enfrenta nenhum aspecto relacionado à determinação social da saúde, rebaixa a pauta da saúde à lógica incrementalista e assistencial, e reitera o modelo médico-centrado e a privatização. Os problemas do SUS não serão estruturalmente resolvidos, e em algumas dimensões até poderão ser aprofundados, com a implantação das propostas do chamado “pacto para a saúde pública” (FNCPS, 2013b, p. 91).

No documento “A saúde que defendemos!” (2013), a Frente se coloca na contramão dos rumos da política de saúde brasileira, por essa estar contra os princípios da Proposta da Reforma Sanitária, do SUS e da Constituição Brasileira de 1988.

O Movimento Sanitário dos anos 1980 defendeu intensamente o uso dos recursos públicos para ampliação dos serviços públicos com a expansão do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização da saúde. Porém, agora quando o SUS faz 25 anos, fazemos o balanço que os governos que se sucederam nesse período favoreceram a mercantilização da saúde e a ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde no livre mercado e por dentro do SUS (FNCPS, 2013c, p. 93).

É nesse sentido que “nunca antes na história do SUS o direito à saúde se encontrou tão ameaçado” (FNCPS, [2015b], p. 1). A Frente defende o resgate integral do projeto original da Reforma Sanitária Brasileira, não sendo suficiente apenas a reivindicação por mais recursos. Além do problema não se resolver com novas formas de gestão e privatização.

Sobre a EBSEH, a Frente produziu o “Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH”, em 2015. No documento aponta a falta de consideração pela sociedade acadêmica, imposição do governo aos reitores das universidades para fecharem convênio com a Empresa, situações insalubres, assédio com as/os

trabalhadoras/es de saúde e outros problemas. E se posiciona:

A entrega dos Hospitais Universitários (HUs) para uma empresa com personalidade jurídica de direito privado rompe com o caráter eminentemente público da Universidade e permite que a lógica do setor privado seja predominante nesse espaço. A autonomia universitária é quebrada e coloca-se em risco a liberdade de ensinar, estudar e pesquisar e o próprio processo de formação profissional. A predominância da lógica mercantil leva à priorização dos interesses do mercado privado da educação e da saúde, da indústria de equipamentos e medicamentos. (FNCPS, 2015c, p. 13).

Os problemas acarretados pela gestão da EBSEH suscitam a necessidade de uma audiência pública promovida pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, no dia 30 de maio de 2017, com o tema: a autonomia das universidades federais sobre a gestão das atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pelos Hospitais Universitários.

Estiveram presentes representantes das Universidades Federais, dos HUs, sindicatos e entidades contrárias à EBSEH, assim como representações dos Fóruns de Saúde e da FNCPS. Não havia presença da EBSEH, apesar de terem sido convidados⁵⁵.

Foram ressaltados os problemas históricos dos HUs, anteriores à criação da EBSEH, que permanecem e se intensificaram após a empresa assumir a administração dos HUs. Além do não respeito à autonomia universitária pela empresa. A promessa de maior eficiência, de aumentar serviços e leitos, enquanto foi concretizado o contrário: setores que não demonstravam rápida rotatividade – lucro – foram fechados, incluindo leitos (ANDES, 2017).

Na ocasião foi entregue o Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, produzido pela FNCPS em 2015, aos parlamentares da Comissão.

O que se vislumbrou após a EBSEH, foi um retrocesso na qualidade necessária para os Hospitais Universitários, os quais têm seu papel político e formativo fragilizados ao serem inseridos na lógica gerencial e produtivista de

⁵⁵ Os representantes da EBSEH relataram que perderam o voo, por isso não conseguiram estar na audiência pública.

empresas privadas⁵⁶.

Por serem Hospitais Universitários, estes devem manter a indissociabilidade do tripé formação/pesquisa/extensão. Porém, a racionalidade administrativa fragiliza a formação e a qualidade da assistência ao prezar por serviços quantitativos, de alta rotatividade, pesquisas aligeiradas e processo formativo secundarizado.

Dentro da dinâmica de racionalização administrativa tem-se o fechamento de leitos e serviços, com a justificativa de corte de “gastos” e/ou a falta de rentabilidade. Além da não manutenção dos serviços, a EBSERH sobrecarrega a força de trabalho na saúde ao não realizar novos concursos e/ou contratações.

Instaura-se no ambiente “ebseriano” um clima competitivo entre as trabalhadoras e trabalhadores de saúde, uma vez que estão na mesma instituição de saúde por diferentes formas de vínculos de trabalho, além de estarem sob uma gestão regida por metas, em que a permanência destes está vinculada à produtividade, a quem atende o maior número de leitos, setores e demandas dentre uma equipe reduzida.

A sobrecarga de uma equipe reduzida implica diretamente no papel formativo dos Hospitais Universitários. A residência em saúde entendida como formação em serviço exige o comprometimento e dispensação de tempo e trabalho/ensinamento de trabalhadoras e trabalhadores efetivos nos Hospitais, enquanto preceptores.

Por outro lado, diante o expressivo aumento das demandas sociais devido ao contexto de crise e suas repercussões no âmbito da saúde ampliada, a formação em serviço da residência pode ser reduzida ao serviço, como força de trabalho barata e rotativa.

Diante da particularidade formativa dos HUs, a privatização e precarização possuem especificidades dentro dessas instituições. Porém, dentro de contradições e tensionamentos, analisam-se similaridades da flexibilização do Projeto da Reforma Sanitária nos serviços de saúde em que foram implantadas as demais novas formas de privatização.

⁵⁶ O debate feito nos próximos parágrafos sobre a EBSERH é baseado em análises durante a vivência da pesquisadora enquanto residente em Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em Especialidades Clínicas HC/UFG – Área de concentração em Materno-Infantil durante 2022 a 2024.

Ao passo que o processo da privatização se efetiva e se expande, o acesso pela via do direito daqueles que mais precisam é dificultado ou encerrado, os colocando à mercê de entidades filantrópicas da sociedade civil. E para aqueles com um maior poder aquisitivo, serviços mercantis focalizados, com enfoque biomédico e como atividade fim, a lucratividade.

A lógica do fortalecimento do setor privado tem prevalecido não apenas na oferta de serviços de saúde por dentro do SUS, mas em toda sociedade regida pelos ditames mercantis. Assim, se opor à saúde privatizada requer a oposição à sua origem, à sociabilidade que sustenta e defende a lucratividade a todo custo e em cima da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa desenvolvida no âmbito do Mestrado em Serviço Social possibilitou refletir sobre as relações entre a saúde pública versus saúde privada e problematizar a privatização como uma ameaça aos direitos sociais conquistados social e politicamente na Constituição Federal de 1988.

A finalização do Mestrado somou-se à inserção da pesquisadora na residência multiprofissional em saúde, adicionando determinantes ao processo de análise e escrita, como a sobrecarga de horas semanais, cansaço físico-mental, adaptação ao espaço sócio-ocupacional e dedicação às atividades formativas. Da mesma forma, proporcionou uma abordagem das contradições e tensões que a privatização desencadeou na gestão e no cotidiano profissional e assistencial na saúde.

Na Dissertação buscou-se, com base na pesquisa e estudo sobre as lutas e resistência da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, refletir sobre seus posicionamentos contra a privatização, a terceirização e a flexibilização dos princípios do SUS por meio dos novos modelos de gestão/privatização, que fortalecem os interesses de diferentes setores da saúde privada.

O fortalecimento da iniciativa privada tensiona os determinantes da saúde, ao passo que coloca em xeque a qualidade, o acesso e o controle social dos serviços. Assim como a própria saúde e condições de trabalho das e dos profissionais.

Os conteúdos estudados nos documentos possibilitam afirmar que a FNCPS se constitui como uma frente ampla de resistência contra privatização e suas implicações. Sua resistência está articulada em diversos âmbitos, participando de manifestações, audiências públicas, dos conselhos e conferências de saúde. Sua atuação se irradia por meio da produção de manifestos, notas, relatórios e abaixo-assinados contra a privatização da saúde.

As fontes documentais inventariadas demonstram o seu processo de organização e resistência e como suas ações estão em consonância com sua Agenda de Lutas, estruturada em eixos.

Os cinco eixos, apresentados no segundo capítulo da Dissertação,

resgatam propostas do Projeto da Reforma Sanitária de 1970, nomeadamente a concepção da determinação social do processo saúde e doença, assim como a saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; da gestão e financiamento; o modelo assistencial em saúde, priorizando a Atenção Básica; a Política de Valorização do Trabalhador da Saúde; e a participação social, por meio do controle social.

As estratégias e mobilizações que integram a Agenda de Lutas, são desenvolvidas pela FNCPS em diversos espaços, seja no conjunto da sociedade, nas ruas, no âmbito de formação, assim como, no campo jurídico, no âmbito do parlamento, no controle democrático social, e nos meios de comunicação. As estratégias de luta da FNCPS se demarcam nas disputas entre saúde pública versus saúde privada, considerando a defesa da política pública e, conseqüentemente, o SUS.

Na dissertação os fundamentos críticos sobre o Estado neoliberal convergem seu direcionamento social em projetos privatistas, terceirizações, cortes e congelamentos que assassinam a população pobre e preta desse país. Além de se concentrar na manutenção de privilégios e poderes estruturais.

Compreendeu-se dessa forma que as políticas sociais são espaços de lutas e resistência. Permeiam-se entre o Estado burguês e a classe trabalhadora, em que o Estado se coloca como mediador e promove algumas políticas que não são efetivas em sua totalidade. O Estado delinea-se como instrumento legal da burguesia, numa via dupla, pois precisa da mão-de-obra da classe trabalhadora.

O Estado, enquanto estrutura e mecanismo do comando político do capital, assegura e protege a produtividade e lucratividade do sistema. Para tanto, efetiva transformações econômicas, sociais, políticas e culturais, resultando no tensionamento das expressões da questão social.

Além de romper com preceitos legais para instituir modalidades de gestão terceirizadas nos serviços públicos para beneficiar grupos privados, quebrando com princípios e diretrizes pactuados coletiva e democraticamente –

bases fundamentais das políticas de proteção social –, o Estado normaliza e regulamenta os mínimos sociais enquanto sua estrutura burguesa controla a vida em sociedade em função da valorização e acumulação do capital.

Daí tem-se necessidades e contradições, em que o Estado é parte operante e atingida pelo conflito, pois existem formas de resistência da classe trabalhadora que impõem e podem impor pressão para respostas às suas demandas.

Nessa perspectiva, as políticas sociais não podem ser analisadas fora da dimensão histórico-política em que estão inseridas. Assim, as políticas sociais refletem a situação econômica, os interesses em disputa na condução dessas políticas, a capacidade de negociação entre as classes antagônicas, assim como, a articulação e pressão da classe trabalhadora no cenário político.

A dissertação elaborada vem afirmar e contribuir para demonstrar que há contraposição, há pressão e luta social, aqui expressa em especial na trajetória da FNCPS.

A FNCPS, ao priorizar como luta o combate à privatização, questiona a lógica do próprio sistema capitalista, que sustenta na expansão da lucratividade com a agudização da exploração da classe trabalhadora.

A efetivação do SUS constitucional, como propôs o Projeto da Reforma Sanitária e como defende a FNCPS, pressupõe outro tipo de sociabilidade, não regida pelas regras e ideias de mercado, que colocam o lucro acima da vida humana e da natureza.

Nesse sentido, percebeu-se que o fortalecimento e defesa do SUS contém na Frente Nacional Contra Privatização da Saúde (FNCPS) um campo de resistência aos ataques neoliberais e neoconservadores contra a classe trabalhadora, ordenados pela expansão e intensificação da exploração da força de trabalho pelo capital. Mas, para além do fortalecimento e defesa do SUS, a FNCPS compõe resistência à própria sociabilidade regida pelos ditames mercantis.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, ao manifestar publicamente por meio de posicionamentos políticos, assim como, manter a

produção de documentos de reflexão crítica – referenciados nesta Dissertação – se constitui como movimento unificador das lutas por uma saúde pública, de qualidade, estatal, que retoma o legado do Projeto da Reforma Sanitária.

No contexto das lutas da classe trabalhadora contra o capital em crise, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde se configura num espaço democrático e plural por aglutinar as mais diversas entidades e áreas do conhecimento, que lutam por um conceito de saúde que transcende os aspectos biológicos e mentais, e objetiva a omnilateralidade⁵⁷, constitutiva da relação homem, sociedade e natureza.

⁵⁷ O homem omnilateral não se define pelo que sabe, domina, gosta, conhece, muito menos pelo que possui, mas pela sua ampla abertura e disponibilidade para saber, dominar, gostar, conhecer coisas, pessoas, enfim, realidades – as mais diversas. O homem omnilateral é aquele que se define não propriamente pela riqueza do que o preenche, mas pela riqueza do que lhe falta e se torna absolutamente indispensável e imprescindível para o seu ser: a realidade exterior, natural e social criada pelo trabalho humano como manifestação humana livre (JUNIOR, [s/d]).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil.** UFMG, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0243.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2022.

AKOTRINE, Carla. **Interseccionalidade.** São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. Feminismos Plurais, coordenação de Djamila Ribeiro. 152p.

ALVES, Giovanni. **O golpe de 2016 no contexto da crise do capitalismo neoliberal.** Blog da Boitempo, 08 ago. 2016. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2016/06/08/o-golpe-de-2016-no-contexto-da-crise-do-capitalismo-neoliberal/>. Acesso em: 09 nov. 2020.

ANDES. **Frente Contra a Privatização da Saúde denuncia a Ebserh em evento na Câmara.** Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, 7 de jun. de 2017. Disponível em: <https://www.adufpb.org.br/site/frente-contr-a-privatizacao-da-saude-denuncia-a-ebserh-em-evento-na-camara/>. Acesso em: 06 abr. 2022.

ANTUNES, Ricardo. **Coronavírus [recurso eletrônico]: o trabalho sob fogo cruzado.** 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2020. Ebook.

ARAÚJO, Victor Martins Lopes de. **Os Caminhos da Esquerda na América Latina: luta de classes, Estado e política social.** XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social. 02 a 07 nov. 2018. Vitória/ES: ABEPSS. 2018.

AROUCA, Sérgio. **Democracia é saúde.** In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.

ASSIS, Andrea. Privatização e reordenamento da política de transplantes no Estado do Rio de Janeiro. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (org). A Mercantilização da Saúde em Debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 69-76.

AZEREDO, Jô; BARLETTA, Jacy. O CEDEM e os Documentos dos Clubes de Mães da Região Sul (SP). **Cadernos CEDEM**, São Paulo, v. 2, n. 2, 2011. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/cedem/article/view/1647>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BARBOSA, Regina Helena Simões. A perspectiva do movimento sindical em saúde frente às Organizações Sociais. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (org). A Mercantilização da Saúde em Debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 88-96.

BARROS, Ciro. **Inflação e desemprego devem agravar fome no Brasil em 2022, diz economista**. Brasil de Fato, 01 fev. 2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/02/01/inflacao-e-desemprego-devem-agravar-fome-no-brasil-em-2022-diz-economista>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

BEHRING, Elaine Rossetti. Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social. In: SALVADOR, Evilasio et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011. Biblioteca básica de serviço social; v. 2.

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e Política**. Coleção Saúde em Debate. Cebes/hucitec. São Paulo, 1978.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, 1996. p. 380 - 398. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>. Acesso em: 05 fev. 2022.

BOSCHETTI, Ivanete. **Impactos da crise contemporânea na seguridade social: desafios postos aos assistentes sociais na saúde**. In: CFESS. Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde. 2009. p. 17-16. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarioSaude2009-CFESS.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2020.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua

efetivação. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Ministério da Saúde, 06 fev. 2002a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 2021 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999**. Brasília, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.htm. Acesso em: 07 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/documentos/lei-de-seguranca-alimentar-e-nutricional>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm. Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde (documento para discussão)**. Ministério da Saúde, Brasília, 2002b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al* (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. 88 - 110 p.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 105, p. 185-193, jan./mar. 2011a.

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

BRAVO, Maria Inês de Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n109/a08n109.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 15-28.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Participação Popular e Controle Social na Saúde. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 29-34.

BRAVO, Maria Inês de Souza; PELAEZ, Elaine Junger. **Avanços das Contrarreformas na Saúde no Governo Temer**. XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social. 02 a 07 nov. 2018. Vitória/ES: ABEPSS. 2018.

BUSS, Paulo M. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais**. Fiocruz, 09 fev. 2010. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CASSIN, Márcia Pereira da Silva. **Estado e Política Social no Brasil: desafios à universalização dos direitos**. XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social. 02 a 07 nov. 2018. Vitória/ES: ABEPSS. 2018.

CAPITINGA, Mairon Cezar Araújo. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e o Movimento de Reforma Sanitária: tendências e perspectivas para o exercício profissional do assistente social em hospitais do município de**

Goiânia-GO, 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Escola de Ciências Sociais e da Saúde. 2020.173 p.

CARDOSO, Renata de Oliveira. O Processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p. 32-45.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. vol. 2. 19 - 38 p

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. 1 ed. Brasília, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 07 fev. 2022.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 56-63.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Retrocesso no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (org). A Mercantilização da Saúde em Debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 21-24.

CONASS. **Fundação Estatal**. 2016b. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/fundacao-publica/>. Acesso em: 06 abr. 2022.

CONASS. **PEC n. 241/16 e os impactos no SUS**. 2016a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/pec-n-24116-e-os-impactos-sus/>. Acesso em: 06 fev. 2022.

CORREIA, Maria Valéria Costa. EBSEH: Lutas e Resistências à lógica mercantil nas Universidades. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. **Cadernos de Saúde**. 1

ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p. 46-52.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 43-49.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: Organizações Sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, Maria Inês de Souza *et al* (orgs.) **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius NPROTEC, 2015.

DANTAS, André. Movimento Sanitário hoje: um debate estratégico. In: BRAVO, Maria Inês Souza *et al* (org). A Mercantilização da Saúde em Debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 25-32.

EURICO, Márcia Campos. A percepção do assistente social acerca do racismo institucional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 290-310 abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a05.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2022.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p.

ESTRELA, Fernanda Matheus *et al*. Pandemia da covid 19: Refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bbcZzgN6Sns8mNPjKfFYRhb/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil**. In: Capacitação em serviço social e política social. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 3, 2000.

FAVARO, Tereza Cristina P. **O Controle Social no Sistema Único de Saúde**: a experiência de Goiânia em duas gestões (1988 a 1992 e 1993 a 1996). Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2009. 175p.

FIOCRUZ. Desmatamento pode levar ao aumento de doenças infecciosas em humanos. **Fiocruz**, Saúde Amanhã, Saúde e Ambiente, 11 dez. 2019. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/desmatamento-pode-levar-ao-aumento-de-doencas-infecciosas-em-humanos/#.YkCtpefMLIU>. Acesso em: 27

mar. 2022.

FNCPS. **Intervenção Militar no Rio de Janeiro é farsa e desrespeito aos direitos do povo**. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 12 mar. 2018. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2018/03/1136.html>. Acesso em: 28 mar. 2022.

FNCPS. **Nota da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde à 2 Conferência Nacional da Saúde das Mulheres**. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVS3VyRTBSTHpSSDA/edit?resourcekey=0-wxgZRbbfvCXkYPf0BoioEw>. Acesso em: 28 mar. 2022.

FNCPS. **O “pacote do veneno” foi para apreciação no senado e precisamos barrá-lo**. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 12 fev. 2022. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2022/02/o-pacote-do-veneno-foi-para-apreciacao.html>. Acesso em: 28 mar. 2022.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRE, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, jan./mar. 2017. p. 63-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymxpLJDTkd5vPh5QL9YGJzq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2022.

GOMES, Gustavo França. A Inconstitucionalidade da Contrarreforma do SUS e de seus Modelos Privados de Gestão. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p. 25-31.

GORDILHO, Heron José de Santana; RAVAZZANO, Fernanda. Ecocídio e o tribunal penal internacional. **Justiça do Direito**, Passo Fundo, v. 31, n. 3, p. 688-704, set./dez. 2017. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rjd/article/download/7841/4648/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

GRANEMANN, Sara. Crise econômica e a Covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/VqhBxrX6GWp7LhbNLPWWxYH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 08 abr. 2022.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Débora de Sales; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; OLIVEIRA, Mariana Maiel do Nascimento. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. **Cadernos de**

Saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008. p. 36-39.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 50-55.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 17 ed. São Paulo: Loyola, 2008.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 26 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IMAZON. **Desmatamento na Amazônia cresce 29% em 2021 e é o maior em 10 anos**. Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia. Sistema de Alerta de Desmatamento, 17 jan. 2022. Disponível em: <https://imazon.org.br/imprensa/desmatamento-na-amazonia-cresce-29-em-2021-e-e-o-maior-dos-ultimos-10-anos/#:~:text=Em%202021%2C%20foram%20devastados%20507,principalmente%20nas%20%C3%A1reas%20mais%20cr%C3%ADticas>. Acesso em: 23 mar. 2022.

JUNIOR, Francisco Batista. Gestão do SUS: o que fazer?. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Débora de Sales; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; OLIVEIRA, Mariana Maiel do Nascimento. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. **Cadernos de Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008. p. 42-45.

JUNIOR, Francisco Batista. Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p. 20-23.

JUNIOR, Gilson Cruz. Pós-verdade: a nova guerra contra os fatos em tempos de fake news. **ETD – Educação Temática Digital**, v. 21, n. 1. 2019. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/8652833>. Acesso em: 16 fev. 2022.

JUNIOR, Justino de Sousa. **Omnilateralidade**. [s/d]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/omn.html>. Acesso em: 08 abr. 2022.

LÖWY, Michael. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen**: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. 5ª ed.

São Paulo: Busca Vida, 1987.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde do Brasil de “transição democrática” - anos 80. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 1991. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v1n1/04.pdf. Acesso em: 04 fev. 2022.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 139 - 162 p.

MACHADO, Francisco de Assis. **Participação social em saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 299-305.

MACHADO, Thaise Torsani Lemos; SANTANA, Thamara Larissa Torres de. **A privatização da saúde e a contrarreforma do estado: o processo de desmonte dos direitos sociais**. II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social. Londrina/PR, 04 a 07 jul. 2017. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134367.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2022.

MACHADO, Thiago de Oliveira; SANTOS, Tatiane Valéria Cardoso dos. **A Mercantilização da Saúde e Determinantes Sociais: desafios ao assistente social**. XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social. 02 a 07 nov. 2018. Vitória/ES: ABEPSS. 2018.

MARX, Karl; Engels, Friederich. **A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846)**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte. **Arte & Ensaios**, n. 32, 2016. p. 123-151. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 09 abr. 2022.

MELO, Tarso de. **Ricardo Antunes e o proletariado em tempos de pandemia**. Cult, 3 abr. 2020. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/o-proletariado-em-tempos-de-pandemia/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **As Lutas por Saúde no Brasil**: o projeto de Reforma Sanitária em face das contrarreformas. Tese (doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2016. 246 p.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de *et al.* O controle social na saúde no município do Rio de Janeiro: a resistência às organizações sociais (OS). In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (org). A Mercantilização da Saúde em Debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 78-87.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p. 7-19.

MENDES, Áquilas. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (org). A Mercantilização da Saúde em Debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 11-21.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. 1930. Tradução: Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MONTEIRO, Danielle. **6 lugares onde o SUS está, e você não sabia!** FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 07 ago. 2020. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/49675>. Acesso em: 09 set. 2022.

NETTO, José Paulo. Capitalismo e Barbárie Contemporânea. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 4, n.1, p. 202-222, jan./jun. 2012a. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/2028>. Acesso em: 18 nov. 2020.

NETTO, José Paulo. **Crise do Capitalismo e Consequências Societárias**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012b.

NORBETO, Cristiane. Polícia matou 2 crianças e adolescentes por dia no Brasil em 2020. **Correio Braziliense**, 22 out. 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/10/4957276-policia-matou-2-criancas-e-adolescentes-por-dia-no-brasil-em-2020.html>. Acesso em: 24 mar. 2022.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Luana Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2001. 445 – 450 p.

OLIVEIRA, Carolina Alves de. Partidos políticos e a luta pela saúde no município do Rio de Janeiro: a saúde como elemento tático-estratégico. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (org). A Mercantilização da Saúde em Debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 97-104.

OLIVEIRA, Marina Siqueira de Carvalho. **Participação, Saúde e Direito na Assembléia Nacional Constituinte**: Um Resgate do Debate. XIV Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito – CONPEDI. Fortaleza, 2005.

OLIVEIRA, Viviane Arcanjo de. **A Política de Saúde Pública do Brasil**: de sua gênese às intervenções do Serviço Social. CRESS-MG: 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 2016. Disponível em: <https://cressmg.org.br/hotsites/Upload/Pics/16/16f4d5cf-48b6-445d-b891-27d0475c0705.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2022.

OMS. **Coronavirus disease (covid-19)**. Organização Mundial da Saúde, 13 maio 2021. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>. Acesso em: 04 jan. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Direito à saúde, cidadania e estado**. In: Conferência Nacional De Saúde, 8., Brasília. Anais... Brasília: Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59.

PAIM, Jairnilson Silva. **A gestão do SUDS no Estado da Bahia**. 2 Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. 3 Congresso Paulista de Saúde Pública. São Paulo, 3-7 julho de 1989. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/1989.v5n4/365-375/pt>. Acesso em: 09 jan. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. Coleção Temas em Saúde. 148 p.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Política social contemporânea**: concepções e configurações no contexto da crise capitalista. In: COSTA, L. C.; NOGUEIRA, V. M. R.; SILVA, V. R. org. A política social na América do Sul: perspectivas e desafios no século XXI. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2013, p. 15-26.

PFEIFER, Marina. O “social” no interior do projeto neodesenvolvimentista. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 746-766, out./dez. 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2015. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wpcontent/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SESMT.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2022.

RAVAGNANI, Carmem Lúcia Cruz. **A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde**: direito garantido, não se compra, não se vende. Tese (doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. 2013. 247 p.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Débora de Sales; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; OLIVEIRA, Mariana Maiel do Nascimento. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. **Cadernos de Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrij-Ssind, 2008. p. 25-35.

RUSSO, Gláucia; CISNE, Mirla; BRETTAS, Tatiana. Questão Social e Mediação de Gênero: a marca feminina na assistência social. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 129-159, jan./jun. 2008.

SANTANA, Sandra Barbosa. **As Lutas por uma Nova Hegemonia**: uma análise da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Alagoas. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Maceió, 2017. 120 p.

SANT'HELENA, Moara Monteiro *et al.* **Da Reforma Sanitária às privatizações**: discutindo a saúde pública brasileira. CRESS-SC: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. 22 a 24 ago. 2013. Florianópolis/SC. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanit%C3%A1ria-%C3%A0s-Privatiza%C3%A7%C3%B5es-discutindo-a-sa%C3%BAdep%C3%BAblica-brasileira.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SANTOS, Marlene de Jesus Silva. **Aspectos da Desconstrução da Reforma Democrática do Estado**: perspectiva gerencial e precarização do trabalho.

2006. Dissertação. UnB, Pós-graduação em Política Social. Brasília. 2006. 160 p.

SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, abr. 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/05/Capital-EstrangeiroScheffer-CSP.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2022.

SILVA, Giselle Souza da. Financeirização do Capital, Fundo Público e Políticas Sociais em Tempos de Crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 10-14.

SILVA, Leticia Batista. **Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil**: alguns aspectos da trajetória histórica. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018.

SILVA, Marcos Valério Santos da; MIRANDA, Gilza Brena Nonato; ANDRADE, Marcieni Ataíde de. **Sentidos atribuídos à integralidade**: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. Interface, v. 21, n. 62, p. 589-599. 2017.

SILVA, Roberta Teodorico Ferreira da *et al.* **Políticas Sociais no Brasil**: do neoliberalismo ao governo Temer. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas (Joinpp), 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo3/politicassociaisnobrasiloneoliberalismoaogovernotemer.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2022.

SILVA, Vanice Maria da. **As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde**: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle. Dissertação (Mestrado). FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2012. 99 p.

SIOPS. **Boletim Economia da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento Coordenação-Geral de Economia da Saúde, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, jun. 2021. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/boletim_economia_saude_jun2021.pdf. Acesso em: 06 abr. 2022.

SOARES. Raquel Cavalcanti. A Racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana

Souza Bravo. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 4 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2011.

REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS

ADUFES. **Privatizar o Hucam? Não, Obrigado!**. Caderno de notícias, n. 88, Vitória, 2012. Disponível em: https://wp.adufes.org.br/wp-content/uploads/2012/09/088_ago_set_out_caderno_web.pdf. Acesso em: 17 fev. 2022.

ADUFRJ. **Conferência Nacional de Saúde exige o SUS 100% estatal**. O ministro discorda. Caderno especial. 2011. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpMWYyZTcxZWYtMzBiZS00N2Q5LWFmODAtNjUzMGIyNWQwM2Ey/view?resourcekey=0-L82GTfTRb77asZyNAVSUEg>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza et al (org). A Mercantilização da Saúde em Debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVdV94OXICTGdQS2c/view>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do Controle social na atualidade. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpaXhrWVBiTFdSNTZSUjBuN3V4TXptUQ/edit>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTIZzYIBnNjBTcHFEBnZaRXBHWNWmQQ/view?resourcekey=0-QtK6Lfj2629pzrK2532gXg>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. Disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVeGhNeEE2MEc5SIU>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Débora de Sales; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; OLIVEIRA, Mariana Maiel do Nascimento. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. **Cadernos de Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVbjZLNE9iZkIEUjQ/edit?resourcekey=0-UTH_wP7n1GyOeCMjVjxdVw. Acesso em: 17 fev. 2022.

CFESS. **Nosso plano é a saúde pública, estatal e universal**. CFESS Manifesta, Brasília: CFESS, 2017. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVdXJaTV91Vm5UTjQ>. Acesso em: 17 fev. 2022.

COMITÊ EM DEFESA DO HU. **Por que lutar contra a EBSEH?**. v. 1. Juiz de Fora, 2012. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVQmp2azVjV3ROV0U/view?resourcekey=0-CVhDk_zSYCfJ0fzDx89lqw. Acesso em: 17 fev. 2022.

DENEM. **Crise econômica e saúde no Brasil - onde estamos e para onde vamos?**. Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina, Coordenação de Políticas Sociais. [2016]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B_T1ubhXLAs3NmpNOV8zLXpYdUk/view. Acesso em: 17 fev. 2022.

DENEM. **Informativo: forúms de saúde**. Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina, Coordenação de Políticas Sociais. [2010]. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVM2p4VHQwdUhfLU0/edit?resourcekey=0-P4SLnzYxhRE4fPdVIONRuw>. Acesso em: 17 fev. 2022.

ENESSO. **Boletim informativo sobre a atuação da Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) na Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS)**. 1 ed. v. 1. 2019. Disponível em: <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Ascds%3AUS%3A73f58eca-78a6-4fcc-8c2d-5199e8c5d80e>. Acesso em: 17 fev. 2022.

FNCPS. Agenda para a saúde. 2011a. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 73-76. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTIZzYIBnNjBTcHFEbnZaRXBHNWNmQQ/view?resourcekey=0-QtK6Lfj2629pZRK2532gXg>. Acesso em: 09 nov. 2021.

FNCPS. A saúde que defendemos! 2013c. Anexo 3. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p. 93-95. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVeGhNeEE2MEc5SIU>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FNCPS. **Contra Fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais (OSs) no Brasil**. 2012. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVOE9WUDAtYXlubnc/view?resourcekey=0-lxxvJBPxJrHIUpp35EpczQ>. Acesso em: 09 nov. 2021.

FNCPS. **Em Defesa do SUS público, estatal, universal e de qualidade**. 2011b. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTnBjTXpPd2ZROWI6bUctbE14cHFQZw/view?resourcekey=0-39qhw9wsm9_gTx-UfVFN1w. Acesso em: 10 jul. 2021.

FNCPS. Ir para as ruas e se manifestar faz bem à saúde! 2013b. Anexo 2. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p. 90-93. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVeGhNeEE2MEc5SIU>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FNCPS. Manifesto de repúdio à proposta do Governo Federal de subsidiar os planos privados de saúde. 2013a. Anexo 1. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p. 88-89. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVeGhNeEE2MEc5SIU>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FNCPS. **Manifesto em Defesa do SUS e contra a Privatização**. [2011c]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpeDQ5cnZlaF9SSktPTjFlaHV2VHZpQQ/view?resourcekey=0-numyP6rh516sbMS1-cye9w>. Acesso em: 09 nov. 2021.

FNCPS. **Nota da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde à 15ª Conferência Nacional de Saúde**. 2015a. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVVklNsfNpeDloems/view?resourcekey=0-FoLZWslYK4N-YjMqGx4I3A>. Acesso em: 09 nov. 2021.

FNCPS. **Nota da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) à 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde**. 2017a. Disponível em:

https://drive.google.com/file/d/1c-J6N66bS27vf_xqqdY0dsVZGIOst3Ba/edit. Acesso em: 09 nov. 2021.

FNCPS. **Por um SUS público, 100% estatal e de qualidade!**. [2015b]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVUDZNSXBwN0EyWDg/view?resourcekey=0-CbkYhtC4XupowOrsipQKmw>. Acesso em: 09 nov. 2021.

FNCPS. **Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**. 2015c. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVYzIXbC1UaGFYYIE/edit?resourcekey=0-oT6qXSW6ejAxJY9xU7PTwQ>. Acesso em: 09 nov. 2021.

FRENTE ESTADUAL EM DEFESA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, DOS DIREITOS TRABALHISTAS E SERVIÇOS PÚBLICOS; NÚCLEO CAPIXABA DA AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **Reforma da previdência, reforma trabalhista e dívida pública**. [2016]. Disponível em: http://www.auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Cartilha_Reformas-ultima-versao.pdf. Acesso em: 17 fev. 2022.

MACHADO, Vânia. **EBSEH**. [2012]. 29 slides. Disponível em: <https://docs.google.com/open?id=0B3SRQLv1tEAVOGIYSkpNVWN6Xzg>. Acesso em: 17 fev. 2022.

MENEZES, Carolina Mazza de; SILVA, Paula da Rocha. **Gestão em saúde: a privatização das unidades de atenção básica**. 2012. Disponível em: <https://docs.google.com/open?id=0B3SRQLv1tEAVM1Z2WG1hQld6TDQ>. Acesso em: 17 fev. 2022.

SILVA, Giselle Souza de. Financeirização do Capital, Fundo Público e Políticas Sociais em Tempos de Crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 10-14. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTIZzYIBnNjBTcHFEbnZaRXXBNWNmQQ/view?resourcekey=0-QtK6Lfj2629pzrK2532gXg>. Acesso em: 17 fev. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – COMPOSIÇÃO DA FNCPS

2011	<p>Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN); Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (ASFOC-SN); Central de Movimentos Populares (CMP); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); Central Sindical e Popular (CSP-CONLUTAS); Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem; Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO); Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras (FASUBRA); Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS); Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS); Fórum Nacional de Residentes; Intersindical (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora e Instrumento de Luta, Unidade da Classe e de Construção de uma Central); Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST); Seminário Livre pela Saúde; Fórum de Saúde do Rio de Janeiro; Fórum de Saúde de Alagoas; Fórum de Saúde de São Paulo; Fórum de Saúde do Paraná; Fórum de Saúde do Rio Grande do Norte; Fórum de Saúde do Distrito Federal; Fórum de Saúde de Pernambuco; Fórum de Saúde de Minas Gerais; Fórum de Saúde do Ceará; Fórum de Saúde do Rio Grande do Sul; Fórum de Saúde da Paraíba; Fórum de Saúde de Goiás; Fórum de Saúde do Maranhão; Fórum de Saúde do Pará; Fórum de Saúde do Mato Grosso; Setorial/núcleo do PSOL; Setorial/núcleo do PCB; Setorial/núcleo do PSTU; Setorial/núcleo do PT; Setorial/núcleo do PCdoB; Consulta Popular; Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Universidade Federal Fluminense (UFF); Universidade Federal de Alagoas (UFAL); Universidade Estadual de Londrina (UEL); Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz (EPSJV/FIOCRUZ); Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde da Fiocruz (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ); Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Universidade de São Paulo (USP).</p>
2012	<p>Se vinculam à FNCPS: Fórum de Saúde de Londrina – PR; Fórum de Saúde de Duque de Caxias – RJ; Fórum de Saúde de Campos – RJ; Fórum de Saúde de Baixada Litorânea – RJ; Fórum de Saúde de Santos – SP; Fórum de Saúde de Barretos - SP.</p> <p>Deixa de ser citado nos documentos: Fórum de Saúde do Pará.</p>
2014	<p>Se vinculam à FNCPS: Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da</p>

	<p>Saúde (AMPASA); Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia; Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos; Frente Independente Popular (FIP); Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST); Fórum de Saúde de Santa Catarina; Fórum de Saúde do Pará; Fórum de Saúde do Mato Grosso do Sul; Fórum de Saúde da Bahia; Fórum de Saúde do Espírito Santo; Fórum de Saúde de Sergipe; Fórum de Saúde de Rio das Ostras – RJ; Fórum de Saúde de Niterói – RJ; Fórum de Saúde da Região Serrana – RJ; Fórum de Saúde de Campinas – SP; Fórum de Saúde de Marília – SP; Fórum de Saúde de Sorocaba – SP; Fórum de Saúde de Mossoró – RN; Fórum de Saúde de Campina Grande – PB; Fórum de Saúde de Recife – PE; Fórum de Saúde de Palmeira dos Índios – AL; Fórum de Saúde de Joinville – SC; Setorial/núcleo do PDT.</p> <p>Deixam de ser citados nos documentos: Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); Fórum de Saúde de Baixada Litorânea – RJ.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base em FNCPS (2011b), BRAVO e CORREIA (2012), BRAVO e MENEZES (2014);

APÊNDICE B – DOCUMENTOS PRODUZIDOS E ASSINADOS PELA FNCPS

Na aba “materiais” constam 06 produções feitas e assinadas pela FNCPS:

Manifesto em Defesa do SUS e contra a Privatização, [2011c]*;

Em Defesa do SUS público, estatal, universal e de qualidade, 2011b;

Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais (OSs) no Brasil, 2012;

Manifesto em Repúdio à proposta do Governo Federal de subsidiar os planos privados de saúde, 2013a;

Ir para as ruas e se manifestar faz bem à saúde!, 2013b ♦;

A saúde que defendemos!, 2013c ♦;

Por um SUS Público, 100% estatal e de qualidade!, [2015b]*;

Nota da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde à 15a Conferência Nacional de Saúde, 2015a;

Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, 2015c ❖;

Nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) à 1ª Conferência de Vigilância em Saúde, 2017a.

*Durante a categorização verificou-se que 03 dos documentos não constavam com as datas de publicação, o que demandou uma análise temporal dos conteúdos para se determinar uma data aproximada.

♦ Documentos que estão como anexo dentro da Coletânea Cadernos de Saúde, organizada por Inês Bravo e Juliana Menezes em 2014: A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Por isso inicialmente não estão contabilizadas nos 22 documentos, mas se somam às Produções da FNCPS.

❖ O Relatório está publicado duas vezes na página, uma em 2015 e outra em 2021. Mas seu conteúdo não se modifica. Foi contabilizado como um único documento no levantamento.

Fonte: Elaborada pela pesquisadora com base na FNCPS.

APÊNDICE C - DOCUMENTOS SOBRE SAÚDE ESCRITOS POR ENTIDADES E/OU AUTORAS/ES DA FRENTE

Na aba “materiais” constam 14 produções de autoras/es e/ou entidades:

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Débora de Sales; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; OLIVEIRA, Mariana Maiel do Nascimento. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Cadernos de Saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008;

DENEM. Informativo: fóruns de saúde. Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina, Coordenação de Políticas Sociais. [2010]*;

ADUFRJ. Conferência Nacional de Saúde exige o SUS 100% estatal. O ministro discorda. Caderno especial. 2011;

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Cadernos de Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011;

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do Controle social na atualidade. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012;

MACHADO, Vânia. EBSEH. [2012]*. 29 slides;

COMITÊ EM DEFESA DO HU. Por que lutar contra a EBSEH?. v. 1. Juiz de Fora, 2012;

ADUFES. Privatizar o Hucam? Não, Obrigado! Caderno de notícias, n. 88, Vitória, 2012;

MENEZES, Carolina Mazza de; SILVA, Paula da Rocha. Gestão em saúde: a privatização das unidades de atenção básica. 2012;

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Cadernos de Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014;

BRAVO, Maria Inês Souza et al (org). A Mercantilização da Saúde em Debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015;

DENEM. Cadernos de saúde: crise econômica e saúde no Brasil - onde estamos e para onde vamos? Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina, Coordenação de Políticas Sociais. [2016]*;

CFESS. Nosso plano é a saúde pública, estatal e universal. CFESS Manifesta, Brasília: CFESS, 2017;

ENESSO. Boletim informativo sobre a atuação da Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) na Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCP). 1 ed. v. 1. 2019.

*Durante a categorização verificou-se que 03 dos documentos não constavam com as datas de publicação, o que demandou uma análise temporal dos conteúdos para se determinar uma data aproximada.

Fonte: Elaborada pela pesquisadora com base na FNCPS.

APÊNDICE D - DOCUMENTOS NÃO DIRETAMENTE RELACIONADOS À SAÚDE

Na aba “materiais” consta 01 produção não relacionada diretamente a temática de saúde:

FRENTE ESTADUAL EM DEFESA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, DOS DIREITOS TRABALHISTAS E SERVIÇOS PÚBLICOS; NÚCLEO CAPIXABA DA AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. Reforma da previdência, reforma trabalhista e dívida pública. [2016]*.

*Verificou-se que o documento não constava com a data de publicação, o que demandou uma análise temporal do conteúdo para se determinar uma data aproximada.

Fonte: Elaborada pela pesquisadora com base na FNCPS.