



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Política Social, Seguridade Social e Proteção Social

**As contrarreformas na política de saúde: privatização e
valorização do capital**

Nathália Moreira Albino¹
Adriana Jacinto Giaqueto²

Resumo: O objetivo deste artigo consiste em analisar as contrarreformas na política de saúde a partir da apropriação do fundo público para valorização do capital e as recorrentes privatizações no âmbito da política. Trata-se de uma reflexão teórica sobre as racionalidades que perpassam a política de saúde: racionalidade privada (burguesa) e a racionalidade contra-hegemônica (reforma sanitária). Verificou-se a subsunção do Sistema Único de Saúde (SUS) às macrodeterminações do capital financeiro. Enquanto expressão dos ataques do capital ressaltam-se os entraves para garantir uma saúde estatal e de qualidade, a partir das diversas formas de privatização e apropriação dos recursos públicos, especificamente da saúde.

Palavras-chave: Saúde; Fundo Público; Privatização.

Abstract: The objective of this article is to analyze the counterreforms in health policy from the appropriation of the public fund for capital appreciation and the recurrent privatizations in the scope of the policy. It is a theoretical reflection on the rationalities that perpass the health policy: private (bourgeois) rationality and counter-hegemonic rationality (sanitary reform). It was verified the subsumption of the Unified Health System (SUS) to macrodeterminations of financial capital. As an expression of the attacks of capital, the obstacles to guaranteeing state and quality health are highlighted, starting from the various forms of privatization and appropriation of public resources, specifically health.

Keywords: Health; public fund; privatization.

¹ Assistente Social, Mestre em Política Social- UFES, Doutoranda em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista- UNESP, natiiii_13@hotmail.com

² Professora Doutora do Curso de Serviço Social Graduação e Pós Graduação, Departamento de Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais-UNESP Campus Franca, Cursando Pós Doutorado, drigiaqueto@gmail.com



1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 representa uma conquista histórica da sociedade brasileira, no que diz respeito à ampliação e garantia de direitos no âmbito individual e coletivo, como por exemplo, o sistema de seguridade social em seu tripé, saúde, previdência e assistência social. Nele, a saúde foi considerada como um direito universal, integrando uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados, que constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

A consolidação do SUS representou uma nova organização de atenção à saúde, trazendo mudanças significativas, como a descentralização dos serviços, a abertura de participação da sociedade civil, a integralidade no atendimento em âmbito nacional, regional e municipal. Não obstante, foi conduzida pela lógica da política econômica neoliberal na fragmentação das políticas sociais, na desigualdade de acesso, que refletiu, sobretudo, no direcionamento da política de saúde.

O desenho do SUS surge, então, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, sendo assegurado pelo artigo 196, em que a saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado”. Sua formatação se inicia com a instituição da Lei 8080 de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde nos vários níveis de governo, e com a Lei 8.142 do mesmo ano que visa assegurar a participação da comunidade na gestão do SUS por meios dos instrumentos coletivos de controle social (como os conselhos gestores e as conferências).

No entanto, atualmente, o SUS tem enfrentado embates que impedem seu avanço, o acesso e a qualidade dos serviços, além de colocar em cheque a proposta de seu modelo de gestão, bem como sua legitimidade.

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



Mesmo a CF/88 tendo garantido um novo modelo de saúde e instituído as bases legais para o funcionamento de um sistema único e universal, com as brechas legislativas que permitem a oferta de serviços pela iniciativa privada, a conjuntura de implementação do SUS foi marcada por reformas estruturais que seguiam os ditames do ideário neoliberal, precarizando os serviços estatais, comprando ou transferindo serviços para o setor privado (lucrativo e filantrópico) e inviabilizando o projeto de política de saúde defendido pelo movimento pela Reforma Sanitária (BRAVO, 2011).

Esse processo ocorreu em meio à hegemonia das propostas neoliberais, a partir dos anos 1990 que, sob orientação das agências multilaterais, desencadeou uma série de contrarreformas nos Estados Nacionais considerados “em desenvolvimento”, dentre eles o Brasil e sua política de saúde.

Para Bravo (2006) na política de saúde há fundamentalmente dois projetos em confronto: o projeto da reforma sanitária- hegemônico durante a formulação da Constituição que demarca a conquista do SUS- e o projeto privatista, que teve destaque na ditadura pós- 1964 e retomou sua hegemonia nos anos 1990. Este último tem seus interesses vinculados aos interesses do mercado privado e uma perspectiva oposta à racionalidade do projeto da reforma sanitária.

A autora aponta, entretanto, que na atualidade é evidente a existência de um terceiro projeto: o SUS possível. Os defensores desse projeto visam a flexibilização da reforma sanitária, mas denominam esse processo como uma “reatualização” e inovação da política de saúde. Mas, o que as lideranças desse projeto não reconhecem, contudo, é que esse projeto traz a mesma racionalidade do projeto do capital, ou seja, o privatista.

Segundo Soares (2010) esse ideário da contrarreforma encontra terreno fértil no Estado brasileiro, tendo em vista as suas particularidades históricas. A tendência atual do capitalismo favorece de várias formas os privilégios da política neoliberal: destinando os recursos do fundo público para investimento do capital; transferindo aos antigos grupos oligopólicos, por via da privatização, os antigos mecanismos estatais que protegiam os oligopólios (com incentivo do fundo público) e transformando os direitos sociais em fontes rentáveis para o mercado.

A autora afirma que a contrarreforma da saúde se coloca da seguinte forma: precarização do SUS, ampliação restrita, fragmentada e excludente do sistema



interferindo no modelo de atenção pautado pela reforma sanitária e nos seus princípios de universalidade, integralidade, equidade do SUS e participação da sociedade na política.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo analisar o desmonte da política de saúde que vem sendo defendido pelo projeto neoliberal, representado pelo mercado e pelos novos modelos de gestão. Além disso, pretende apontar o papel da política de saúde no contexto de apropriação do fundo público para financiamento do capital.

2 APROPRIAÇÃO DO FUNDO PÚBLICO PARA FINANCIAMENTO DO CAPITAL E OS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE

De acordo com Salvador (2012) o orçamento público é que garante a ação planejada do Estado e as prioridades das políticas públicas a serem asseguradas pelo governo. No entanto, ele se conforma também como espaço de luta política e disputa de diferentes forças na sociedade.

A dívida pública, ao mesmo tempo em que alimenta o capital, fortalece e alastra processos que colocam em risco sua reprodução. De acordo com Salvador (2010) é comum assistir países que passaram por crises financeiras, recorrer ao fundo público para salvar as instituições financeiras falidas através de impostos que foram pagos pelos cidadãos.

Dentre as medidas, está a privatização de empresas estatais, desregulamentação do mercado de trabalho, reformas fiscais, entre outras. O intuito era estabilizar a economia e promover seu avanço. No entanto, a realidade dos países latino-americanos expressou o contrário: a economia não se estabilizou como permaneceram estagnadas.

Os destroços causados pelas crises financeiras têm rebatimento direto e indireto aos trabalhadores, que são os primeiros a pagarem a conta. Não obstante, buscam no fundo público a solução para aliviar o mercado financeiro. A exaltação do mercado como ente eficiente e a necessidade da privatização desaparecem e agora “chamem o Estado, ou melhor, o fundo público para socializar os prejuízos” (SALVADOR, 2010, p. 51).



A crise que assolou a economia mundial não deixou imune o Brasil. As medidas anticrise têm refletido nas políticas sociais, nos direitos sociais e na classe trabalhadora de forma acirrada, aumentando ainda mais a concentração de renda e a ampliação dos lucros ao setor financeiro, ao conter os recursos que deveriam ser destinados às políticas sociais.

Nesse sentido, Behring (2010) aponta que os impactos da crise do capital sobre o fundo público se dão em duas dimensões. Primeiramente na sua formação, ao fazer reformas tributárias regressivas na perspectiva anticíclica, bem como o desencadeamento de alternativas de renúncia fiscal para o empresariado. Segundo, na sua destinação, quando adquire ativos de empresas falidas com o discurso de proteger o emprego, fornece crédito a empresas privadas e favorece a parceria público- privado.

A autora ainda destaca que o fundo público ao se constituir como um elemento cada vez mais central e estrutural na reprodução do processo global coloca-se como caminho sem volta, no que se refere à contradição entre as relações sociais de produção e o desenvolvimento das forças produtivas, sendo que a alocação desse fundo serve mais para favorecer o capital do que para a proteção da maioria trabalhadora, mostrando sua face mais perversa.

Fica evidente que o fundo público tem um espaço fundamental quando se trata de ampliar a reprodução do capital, através de negociações, subsídios e condições para beneficiar os investimentos dos capitalistas, além de ser fundamental na reprodução da força de trabalho, que na sociedade capitalista, é a fonte de criação de valor.

Outra tendência da acumulação capitalista é o crescimento da esfera financeira por meio do comando do capital portador de juros, ou do capital especulativo parasitário, que é a forma particular mais concreta do capital portador de juros. De acordo com Carcanholo e Nakatani (2015, p. 34) essa lógica especulativa do capital está associada à quebra do padrão monetário internacional a partir dos anos 1970, no qual o capital produtivo passa a ter sua dinâmica subordinada à especulação.

O processo de financeirização da economia tem vínculo orgânico com as grandes corporações produtivas e as instituições financeiras que adquirem o



comando da acumulação, que se dá, sobretudo, pela desregulamentação operada pelo Estado para a liberalização do mercado (MENDES, 2015).

Nessa conjuntura de financeirização, o fundo público fica disponível para remunerar o capital portador de juros, e a partir dele, o capital fictício, que de acordo com Marx, é a forma mais fetichizada da relação capitalista. Na atualidade, o capital fictício tem na dívida pública seu principal mecanismo de atuação e valorização.

Não obstante, o capital fictício é puramente ilusório, haja vista que em seu desdobramento não existe nenhuma substância real, isto é, ele não contribui para o processo de produção e/ ou circulação da riqueza social, nem financia o capital comercial e produtivo. Para Sabadini (2015, p. 129), “o capital fictício dissimula ainda mais as conexões com o processo real de valorização do capital, ao consolidar a imagem de um capital que se valoriza autonomamente”.

O Estado nessa relação exerce uma função ativa ao mobilizar recursos para a política macroeconômica que, através das empresas públicas, são aplicadas em políticas fiscais e monetárias. No Brasil, o orçamento público é a expressão mais clara do fundo público, e segundo dados da Lei Orçamentária Anual (LOA) foram apresentados valores exorbitantes do orçamento para refinanciamento da dívida pública.

De R\$1,6 trilhão do montante, R\$535,79 bilhões são destinados às políticas da seguridade social, enquanto no total de R\$1464,99 bilhões do orçamento fiscal e da seguridade social, R\$365,45 bilhões é destinado ao pagamento de juros e amortização da dívida pública, o que corresponde à $\frac{1}{4}$ do orçamento público brasileiro comprometido com a esfera financeira da economia (SALVADOR, 2012).

Para Silva (2011), um dos mecanismos utilizados para drenar recursos das políticas sociais brasileiras para o capital que porta juros é a Desvinculação das Receitas da União (DRU), sendo a Seguridade Social, a mais atingida por esse mecanismo, tendo em vista que ele permite a desvinculação de 20% dos seus recursos. O que antes era destinado à classe trabalhadora, agora é transferido para os rentistas e para o pagamento dos juros da dívida, alimentando o mercado financeiro.

Não restam dúvidas que o “esgotamento” do setor econômico se deu graças à dinâmica do capital na sua busca incessante de lucros. De acordo com Marques (2015) existem duas características centrais que demarcam o capitalismo



contemporâneo; a primeira é a mundialização do capital que aponta sua ampliação e dominância em todos os espaços do mundo; e a segunda característica refere-se à centralidade alçada pelo capital dito financeiro, isto é, capital portador de juros.

Dessa forma, a presença dominante do capital financeiro no capitalismo contemporâneo se opõe completamente aos interesses mais imediatos dos trabalhadores, pois atua contra a geração de emprego e renda. O desenvolvimento exacerbado do capital fictício é resultado do fato de não existir nada que lhe impeça continuar a expandir atualmente. No vale tudo da desregulamentação, a busca pelo “lucro fácil” tende a imperar (MARQUES, 2015, p. 18).

Nesse contexto, a autora defende a perspectiva de que o lugar das políticas sociais está em um “Não Lugar”, pois não tem relevância e nem espaço na agenda desse tipo de capital, aliás, o interesse desse capital é em relação à transformação dos sistemas públicos de aposentadoria em sistemas privados, fundamental para ampliar os recursos em suas atividades especulativas.

A política de saúde também é alvo desses interesses, que a partir das brechas legislativas, cede espaço da assistência à saúde ao capital estrangeiro, permite a oferta de serviços pela iniciativa privada, comprando ou transferindo serviços para o setor privado (lucrativo e filantrópico). O que torna mais evidente que está em curso uma subversão do projeto constitucional para a saúde no Brasil.

Os efeitos da crise contemporânea na saúde pública brasileira ocorreram, segundo Mendes (2015), em dois aspectos: na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização. Esses efeitos podem ser identificados a partir da presença do capital portador de juros no orçamento público federal, no orçamento da Seguridade Social, além de incentivos financeiros concedidos a saúde privada através de renúncia fiscal.

A situação de subfinanciamento estrutural do SUS deve ser associada à política econômica conhecida como o famoso tripé econômico – juros altos/metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante –, que restringe a possibilidade de gastos públicos, mesmo os sociais, incluindo a saúde. Essa política vem sendo adotada pelo governo federal desde 1995 até o momento atual, em consonância com as prioridades dos arautos do capital financeiro, a fim de garantir a valorização de seu capital frente à crise (MENDES, 2015, p. 492).

Assim, o processo de financiamento está entre um dos principais problemas enfrentados pela saúde pública brasileira, desde a Constituição Federal de 1988. A instabilidade dos parâmetros sobre os gastos da saúde ameaça uma das maiores conquistas no âmbito da saúde, a prestação de um serviço de qualidade, público e acessível.



Fica evidente, portanto, que a problemática do financiamento da saúde no Brasil sempre foi marcada por montantes instáveis e insuficientes. Todavia, foi durante o período 1994 a 2011 que os agravos no financiamento do SUS ganharam proporções maiores. O autor supracitado aponta alguns episódios: a criação da Desvinculação da Receita da União (DRU), que resultou em uma perda de recursos para a seguridade social; aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), como fonte exclusiva para a saúde, por um lado, e a retirada de outras fontes desse setor, por outra; a pendência da regulamentação da EC nº 29/2000 durante oito anos no Congresso e a ameaça da proposta de reforma tributária do governo Lula (2008) que impediria a vinculação de recursos para a seguridade social.

A predominância de políticas macroeconômicas restritivas marcou o governo de FHC e foi mantida pelo governo Lula, em conformidade com o capital portador de juros no capitalismo contemporâneo. De acordo com Filgueiras (2010) o governo Lula, através do Estado promoveu e impulsionou um processo de concentração e centralização de capitais em proteção de grandes grupos nacionais, tanto na esfera produtiva quanto financeira, bem como na relação entre ambas.

É nesse contexto, de desonerações, ajustes e desmontes que a política de saúde vem enfrentando o projeto neoliberal, sendo representado pelo mercado e pelos novos modelos de gestão, denominados de Organizações Sociais (O.S), Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP), Fundações de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), cuja semelhança se traduz em entregar a coisa pública ao mercado, isto é, à lógica do capital.

Esses modelos são vistos como saídas frente ao cenário de precarização da saúde, a partir de visões unilaterais e conservadoras que justificam a crise da saúde em âmbito gerencial e de gestão.

As ofensivas do capital ao projeto universal têm avançado também na modificação das propostas da CF/88, por meio de Propostas de Emendas Constitucionais, alterações de leis, redução dos recursos do orçamento da seguridade social que recai sobremaneira na saúde pública e na efetividade de seus princípios (universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social), com objetivo único de retirar qualquer empecilho que fere aos interesses do capital financeiro e dos grandes grupos privados.



Essa realidade evidencia o conflito entre o projeto privatista hegemônico e suas ameaças ao Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que distancia cada vez mais a possibilidade de tornar o SUS de fato, um sistema público universal e a saúde uma política de seguridade social. Aproxima-se, continuamente, da lógica da saúde como mercadoria, de alta rentabilidade para o capital e sempre ausente para atender as demandas de saúde do povo brasileiro.

3 A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE E A VALORIZAÇÃO DO CAPITAL

No campo da saúde, diversos autores têm buscado uma compreensão acerca do processo de **privatização da política**. Para Correia e Santos (2015) a privatização ocorre quando o Estado deixa de exercer seu papel enquanto agente econômico produtivo e empresarial, através da venda das estatais, bem como quando deixa de ser o executor direto dos serviços, estimulando a transferência dos recursos públicos para o setor privado.

Para Scheffer (2015) a privatização consiste na transferência de funções e responsabilidades do setor público, integralmente ou em parte, para o setor privado. Não obstante, o autor menciona a perspectiva de Muschell (1995) ao definir a privatização como processo em que as entidades não governamentais são envolvidas e participam do financiamento e da provisão de serviços de saúde. Além disso, o autor conceitua como “privatização ativa” o estímulo realizado pelos próprios governos, que através de suas decisões políticas, fortalece o crescimento da participação privada na saúde.

No caso do Brasil, fica clara a tendência crescente da “privatização ativa”, quando o Estado transfere o fundo público para o setor privado e assegura com instrumentos legais a operacionalização de modelos de gestão, atendendo os interesses do capital, que historicamente condicionou a saúde a uma lógica mercantil.

Apesar desses “novos modelos de gestão” (OS, OSCIP, FEDP) possuírem diferenças internas, ambos integram o processo de contrarreforma do Estado, cujo recurso público é destinado para entidades de direito privado, ou seja, ao Estado



cabe financiar e coordenar as políticas sociais, mas a gestão e execução é destinada à iniciativa privada.

A contrarreforma neoliberal do Estado apostou nessas entidades como forma de alavancar as políticas econômicas e administrativas, reduzindo o impacto financeiro sobre a máquina pública. Para isso, propôs efetivar a execução das políticas públicas por meio de diversas instituições “não governamentais”, “não lucrativas”, voltadas ao desenvolvimento social, sobretudo nas áreas consideradas “atividades exclusivas do Estado”.

Esse cenário também foi marcado por concentração, fusões e aquisições concomitante à abertura de capital de empresas de seguros e serviços de saúde privados, grupos econômicos que Andreazzi (1991) chamou de conglomerados. Esses grandes grupos contam com empresas de asseguramento privado que prestam serviços de saúde e, por terem ligações prévias com o capital bancário, setor segurador e processos de capitalização possuem facilidades para consolidar suas ações (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

Vem se consolidando de forma gradual e crescente, a desresponsabilização do Estado na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, e é exatamente sob a diretriz da complementaridade (posta na CF de 1988 e as diferentes formas de interpretá-la) que instâncias governamentais, situadas nas três esferas do governo, tem transferido suas responsabilidades no âmbito da gestão e do financiamento para outros modelos de gestão, isto é, desconstroem o princípio da complementariedade para justificar o subfinanciamento, a entrada de capital estrangeiro e a privatização do SUS.

A presença do setor privado na trajetória da política de saúde fez com que a lógica da complementaridade fosse implementada sob sua pressão. Ao invés de esgotar todas as possibilidades e capacidades do setor público para depois recorrer aos serviços privados, ocorre o contrário, o Estado passou a ser o principal comprador e consumidor do setor privado.

Dessa forma, a complementaridade é assegurada pela CF e trata da parceria público e filantrópico privado que é feita através de convênios e contratos com o intuito de complementar os serviços ofertados pelo setor público, quando este for insuficiente para atender às necessidades do SUS, mas o que se apresenta é uma nítida inversão de investimentos do fundo público da saúde para o setor privado



contratado ou conveniado. É a complementaridade às avessas, isto é, o setor privado que deveria atender de forma complementar, assumiu centralidade no setor público.

Ao instituir essas entidades, o Estado busca apresentar soluções a fim de aumentar a eficiência das políticas sociais, diminuir os gastos públicos e adquirir maior autonomia gerencial. No entanto, a privatização é fruto dos desdobramentos das reformas neoliberais e tem por objetivo viabilizar e impulsionar um nicho lucrativo para o mercado. O capitalismo vai sempre buscar espaços para sua valorização e expansão, que é a razão de sua existência e, para isso, os capitais se direcionarão para novas esferas de valorização como por exemplo as políticas de saúde, educação e previdência, expressando o processo mais profundo de supercapitalização.

Se o capital gradualmente se acumula em quantidade cada vez maiores e uma parcela considerável do capital já não consegue nenhuma valorização, as novas massas de capital penetrarão cada vez mais em áreas não produtivas, no sentido de que não criam mais valia, onde tomarão o lugar do trabalho privado e da pequena empresa de maneira tão inexorável quanto na produção industrial de 100 ou 200 anos antes (MANDEL, 1985, p.272).

Assim, capitais em excesso migram para a oferta de serviços privados em saúde e para o setor suplementar, como planos e seguros de saúde, pois, são capitais que não conseguem possibilidades de acumulação na esfera produtiva e buscam no setor de serviços chances de valorização. O Estado via saúde pública, é o grande indutor desse processo.

Não restam dúvidas que a gestão privada ameaça o acesso universal e integral aos serviços de saúde e não cumprem com os objetivos de melhoria da assistência à saúde da população. Ao contrário, destroem um conjunto de direitos sociais, ao flexibilizar os direitos dos trabalhadores, ao transferir a execução das políticas sociais de saúde e educação para entidades de direito privado ou filantrópicas, inviabilizam o controle social e submetem a produção de conhecimento e a formação de trabalhadores da saúde aos interesses mercantis em prejuízo das reais necessidades da população.

Os projetos privatizantes têm avançado no cotidiano das áreas de saúde no Brasil e contribuído para o caráter excludente e focalizado da assistência, trazendo obstáculos para garantir um sistema de saúde universal, público e democrático, haja vista que estes “novos” modelos de gestão visam reduzir o papel do Estado para



ampliar o campo de atuação do capital. Existem diferenças significativas entre os distintos modelos de privatização, mas todos expressam uma característica comum, apresentam-se como “parcerias” com o Estado.

A chamada “racionalização” da política de saúde envolve todo o pacote de contrarreformas que atualmente tem se dado de forma mais radical, acelerada e reacionária em todo o país. O governo ilegítimo de Temer se traduz em uma “restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, 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 et al, 2018, p. 12).

De fato, não há régua para medir o retrocesso: PEC 95/2016 congelando os investimentos públicos por 20 anos; planos populares de saúde; revisão da Política Nacional de Atenção Básica e de Saúde Mental; propostas⁶³ do MDB com os programas “Travessia Social”, “Uma Ponte para o Futuro”, “Agenda Brasil”; articulação com setores empresariais de saúde na qual o mais recente é o documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”; intensificação das parcerias público-privadas.

4 RESULTADOS E CONCLUSÕES

Fica evidente que existe no Brasil uma minimização do Estado para atender os interesses do grande capital, aquilo que Mandel (1985) denominou de supercapitalização, isto é, os serviços sociais se transformam em espaços de lucratividade e mercantilização atreladas a lógica e à racionalidade privada, anteriormente ocupada pelas políticas públicas.

A racionalidade privada busca romper com o princípio da universalidade, da integralidade, condicionando a política à tecnificação, que resulta em uma assistência focalizada, fragmentada e precária; além da privatização. Do outro lado, encontra-se a racionalidade contra-hegemônica que pautados nos princípios e diretrizes do movimento pela reforma sanitária, defendem não apenas a democratização da saúde, mas também a democratização do Estado e da



sociedade. Assim, a política de saúde consiste em campo de disputa de racionalidades atreladas a projetos políticos distintos.

O fundo público ao mesmo tempo em que assume os interesses da classe trabalhadora na luta pelo financiamento de suas necessidades, representa os interesses do capital, que a partir dele buscará meios para sua reprodução, através de subsídios e inserção no mercado financeiro, como por exemplo, a dívida pública.

É preciso considerar a correlação de força desfavorável, haja vista a dominância do capital em cada vez mais, se apropriar do fundo público a partir da entrada do projeto neoliberal no contexto nacional. Assim, ele captura o fundo público para sustentar a dívida pública, bem como utiliza de mecanismos para expropriar as políticas sociais.

Esses processos fortalecem a monopolização do setor privado na saúde e formulam fetiches que propagam sua eficiência e rapidez. Tais mecanismos possibilitam a acumulação do capital e dissimulam o esgotamento do sistema universal, colocando como alternativa aprofundar e diversificar as formas de privatização (OS, Fundações, etc).

Esse cenário apresenta desafios e exige novas estratégias de enfrentamento por parte dos movimentos contra-hegemônicos. Convém lembrar que a luta pela saúde universal perpassa a defesa de um direito público e estatal que visa atender as demandas da população e não as do mercado. Esse contexto de desmonte e precarização é fruto do capital e sua lógica que anseia transformar tudo em mercadoria com a finalidade de obter lucro e garantir sua acumulação.

5 REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. F. S. **O seguro saúde privado no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

ANDREAZZI, M. F. S; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.

BEHRING, E. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.



CARCANHOLO, R; NAKATANI, P. O capital especulativo parasitário: uma precisão teórica sobre o capital financeiro, característico da globalização. In: **Especulação e lucros fictícios**: formas parasitárias da acumulação contemporânea. São Paulo: Outras Expressões, 2015.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

FILGUEIRAS, L. et al. Modelo Liberal-periférico e bloco de poder: Política e dinâmica macroeconômica nos governos Lula. In: **Os anos Lula**: contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, p. 35-70, 2010.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. (Orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade .1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. (Cadernos de Saúde).

MENDES, A; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 39, N. 105, P. 491- 505, ABR- JUN. 2015.

NAKATANI, P. **A crise do sistema capitalista mundial**. In: VII Encontro Nacional de Economia Política, Curitiba. Anais do VII Encontro Nacional de Economia Política, 2002.

SALVADOR, E. **Fundo público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

_____. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.104, p. 605-63, out./dez. 2010.

_____. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 14, n.2, p. 504-522, jan./jun. 2012.

_____. As consequências das renúncias tributárias no financiamento da seguridade social no Brasil. **Plataforma Política Social**, Rio de Janeiro, N. 19, p. 8-24, mai. 2015.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 663-666, abr, 2015. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/05/CapitalEstrangeiroScheffer-CSP.pdf>> Acesso em 15 fev. 2018.

SILVA, G. S. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 10-14.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.