

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

TALITA FERNANDES NEULLS

**HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE FRENTE AO PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DO
TRABALHO:** Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no
âmbito do SUS

São Luís - MA

2016

TALITA FERNANDES NEULLS

**HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE FRENTE AO PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DO
TRABALHO:** Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no
âmbito do SUS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marly de Jesus Sá
Dias.

São Luís
2016

Neulls, Talita Fernandes.

Humanização em saúde frente ao processo de desumanização do trabalho: análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS/
Talita Fernandes Neulls. – São Luís, 2016.
xf.

Orientador: Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) –
Universidade Federal do Maranhão.

1. Política Nacional de Humanização. 2.
Precarização do trabalho em saúde 3. Alienação -
Desumanização. I.Título.

CDU 614:304

TALITA FERNANDES NEULLS

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE FRENTE AO PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. ^a Dr.^a Marly de Jesus Sá Dias (orientadora)
Programa de pós-graduação em Políticas Públicas - UFMA

Prof. ^a Dr.^a Joana Aparecida Coutinho
Programa de pós-graduação em Políticas Públicas - UFMA

Prof. ^a Dr.^a Cristiana Costa Lima
Departamento de Serviço Social – DESES/UFMA

Dedico este trabalho ao meu amado pai,
que já não vive, mas sobrevive em mim.

Francisco de Assis Pereira Neulls

AGRADECIMENTOS

Num mundo impregnado pelas ausências e distâncias, a solidariedade diária de alguns sempre dá um novo sentido à vida. Assim, permaneço ao lado dos que resistem à dureza dos dias e se arriscam na aventura do amor. Como vocês:

Luciene (mãe) e Thaís (irmã), com as quais tenho reaprendido a compartilhar a vida cotidiana. Agradeço por me suportar, pelo incentivo diário, cuidado e amor. Amo-as!

Díana, amiga e incentivadora, que deixou tanto de si comigo. Fez-me acreditar que eu poderia conseguir (apesar da surpresa com a primeira nota), aprender que os meus sentimentos e a maneira que lido com eles são minha responsabilidade, cabendo a mim desconstruir para reconstruí-los.

Kllysmann e Bia, amigos, companheiros e conspiradores, que estão presentes em todos os momentos. Tenho em vocês companheiros para toda vida!

Rayanna e Adriano Cotrin, pessoas que adoçam minha vida!

Adriano Lopes e Vinícius Bezerra, pessoas queridas, que aceitaram me ajudar no processo de seleção, com suas valiosas contribuições para o pré-projeto.

Clistenes e Diego Arruda que tantos sorrisos me trazem.

Acrísio, Luís Eduardo, Nádia, Simon, Marcelo, Gláucia, Davi, queridos companheiros de estudo em Marx, sempre empenhados em apreender as leis que regem esse mundo, para, então, transformá-lo.

Davi, com sua disposição em ajudar e corrigir o português.

Marly Dias, minha querida orientadora, que muito bem me auxiliou nessa espinhosa e recompensadora jornada. Obrigada por compreender os momentos difíceis.

Minha divertida e aplicada turma do mestrado/doutorado 2014, que sorte ter cruzado com vocês, que sorte ter uma turma com todos vocês. Entre discussões, divergências e sorrisos, construímos dias bastante prazerosos.

- Costuma-se até dizer que não há cegueiras, mas cegos, quando a experiência dos tempos não tem feito outra coisa que dizer-nos que não há cegos, mas cegueiras.

- Por que foi que cegamos, Não sei, talvez um dia se chegue a conhecer a razão, Queres que te diga o que penso, Diz, Penso que não cegamos, penso que estamos cegos, Cegos que veem, Cegos que, vendo, não veem.

José Saramago
(ensaio sobre a cegueira)

RESUMO

A Humanização em saúde frente ao processo de precarização do trabalho: análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS, trabalho resultado do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. Tem como objetivo analisar a Política Nacional de Humanização da Saúde no contexto de ajuste neoliberal, implementação das novas formas de gestão no SUS e da precarização do trabalho em saúde. Para tanto, recorreu-se ao método materialista histórico-dialético, desenvolvido por Marx, apropriando-se das categorias “trabalho”, “humanização”, “alienação” e “capital”. A metodologia empregada contou com um aporte teórico documental, utilizando documentos oficiais publicados referentes à Política de Humanização da Saúde, leis e emendas constitucionais que tratam da nova conformação da gestão da saúde no país, página da Política Nacional de Humanização da Saúde na rede mundial de computadores, artigos científicos relacionados à análise da PNH e das transformações no mundo do trabalho, em especial, do trabalho em saúde e relatórios de organizações/movimentos sociais referentes ao Sistema Único de Saúde. Primeiramente, discute-se a relação entre o Estado Neoliberal e a organização do sistema de saúde brasileiro, seguido da análise da Política Nacional da Saúde, questionando-se a relatividade do conceito “humanização” buscando uma definição que atenda a necessidade de uma análise crítica e, dessa maneira, aponte, a partir da materialidade, o processo de (des) humanização. Para, enfim, chegar às transformações do mundo do trabalho, ressalta-se a precarização do trabalho em saúde com a criação dos novos modelos de gestão da saúde, como as Organizações Sociais, Organização da Sociedade Civil de Direito Privado, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Conclui-se que a Política de Humanização não pode alcançar as transformações a que se propõe, primeiro pela ênfase dada para a linguagem como motor de mudanças e, segundo, por não conseguir resolver o problema da desumanização, visto o crescente processo de terceirização e flexibilização laboral.

Palavras-chave: Política Nacional de humanização, precarização do trabalho em saúde, alienação-desumanização

ABSTRACT

Humanization in health in the casualization of the labor process: analysis about the National Health Humanization Policy in the SUS, work result of the master in the Graduate Program in Public Policy at the Federal University of Maranhão, in order to analyze the National health Humanization Policy in the context of neoliberal adjustment, implementation of new forms of management in the NHS and the precariousness of health work, from 2003 to 2014. Therefore, we used the historical and dialectical materialist method, developed Marx, appropriating of the "work", "humanization", "alienation" and "capital." The methodology included a documentary theoretical basis, using official documents published regarding the Humanization Policy of Health, laws and constitutional amendments deal with the new conformation of health management in the country, the Health National Humanization Policy page on the World Wide Web , scientific articles related to the analysis of PNH and transformations in the labor market, in particular, work in health and reports of organizations / social movements for the health System. First, we discuss the relationship between the neoliberal State and organization of the Brazilian health system, followed by analysis of the National health Policy, questioning the concept of relativity "humanization" seeking a definition that meets the need for a critical analysis and, thus, point, from the materiality, the process (un) humanization. To finally get to change the world of work, emphasizes the precariousness of health work with the creation of new health management models, such as social organizations, Organization of Civil Private Law Society, Private Law State Foundations and company Brazilian of Hospital Services. It is concluded that the Humanization Policy can not achieve the changes that are proposed first by the emphasis given to language as changing engine, and second, for failing to solve the problem of dehumanization, as the growing process outsourcing and flexibility labor.

Keywords: National Policy humanization, precariousness of health work, alienation, de humanization

LISTA DE SIGLAS

ADI – AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE
ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
BID – BANCO INTERNACIONAL DE DESENVOLVIMENTO
BIRD – BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO
BIRF – BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUÇÃO E FINANCIAMENTO
CAPs – CAIXAS DE APOSENTADORIA E PENSÃO
CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE
CLT – CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS
CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
DRU – DESVINCULAÇÃO DAS RECEITAS DA UNIÃO
EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
EC – EMENDA CONSTITUCIONAL
EPS – PROMOTORAS DE SAÚDE
EUA – ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
FEE – FUNDO ESTADUAL DE EMERGÊNCIA
FEF – FUNDO ESTADUAL DE FINANCIAMENTO
FHC – FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
FMI – FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL
FNCPS – FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE
HUUFMA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
IAPs – INSTITUTOS DE APOSENTADORIA E PENSÃO
IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IDA – ASSOCIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL
IPS – INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE SAÚDE
ISAPRE – INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL
MARE – MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO
MP – MEDIDA PROVISÓRIA
OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
OSCIPs – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE INTERESSE PÚBLICO
Os – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PDRE – PLANO DIRETOR DE REFORMA DO ESTADO

PIB – PRODUTO INTERNO BRUTO

PNAD – PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRA POR DOMICÍLIO

PNAH – PROGRAMA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

PNHSS – PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

REHUF – REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIO FEDERAIS

SGSSS – SISTEMA GERAL DE SEGURIDADE SOCIAL EM SAÚDE

SNS – SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

SNSS – SISTEMA NACIONAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

UFPI – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

UPAS – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Sumário

1 INTRODUÇÃO	10
2 O ESTADO NEOLIBERAL E A REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	21
2.1 O ajuste neoliberal	21
2.2 O Banco Mundial e as políticas de saúde.....	31
2.3 SUS: universalização X privatização.....	41
3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE	60
3.1 A construção de uma definição para a Humanização	65
3.2 O que seria Humanização?	68
3.3 A Desumanização: humanização-alienação	78
4 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	106
4.1 As transformações no mundo do trabalho.....	106
4.2 As novas formas de gestão em saúde e o reflexo no trabalho em saúde	120
4.3 Diretrizes e estratégias da Política de Humanização da Saúde e a precarização do trabalho em saúde.....	137
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158

1 INTRODUÇÃO

Em 2014 a Política Nacional de Humanização da Saúde completou onze anos de implementação. Durante o seu processo de estruturação nos serviços de saúde houve a produção de inúmeros trabalhos científicos que se propuseram a discutir, avaliar e apontar caminhos na perspectiva da defesa do atendimento humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e na percepção da necessidade de melhoria das condições de trabalho em que estão submetidos os trabalhadores da saúde. Como aponta o Ministério da Saúde em seus documentos oficiais:

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. (BRASIL, 2004a, p.06)

A Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH) nasce reafirmando os princípios do SUS, como a integralidade dos serviços, a universalidade e equidade do acesso, trazendo consigo a defesa constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. A humanização enquanto política tem por responsabilidade “atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, estar comprometida com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde” (PASSOS, 2006, p. 145).

Apesar dos avanços e de apresentar de maneira oficial o problema da (des) humanização na área da saúde, a política de humanização no SUS não atingiu seus principais objetivos. Lacunas continuam abertas quando se refere a essa política, como a que diz respeito à ausência de uma definição, no marco teórico, para o conceito de “humanização”.

Segundo o Ministério da Saúde e demais autores defensores dessa política, como Regina Benevides e Eduardo Passos¹, há um crônico processo de

¹ Para a construção da PNH o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho (GT) a fim de discutir e formular a referida política. Regina Benevides, professora da Universidade Federal Fluminense, assumiu a Coordenação da Política Nacional de Atenção e Gestão do SUS, enquanto Eduardo Passos participou da construção da política como consultor.

desumanização das relações sociais, percebida também na saúde. Entretanto, estes partem da perspectiva que a desumanização é um problema pontual, restrito à área da saúde e seus sujeitos². São contrários a “idealização do humano” (BARROS; PASSOS, 2005, p. 405), ou seja, buscam uma redefinição do “conceito de humanização a partir de um ‘reencantamento do concreto’ ou do SUS que pode dar certo” (BARROS; PASSOS, 2005, p. 405). Excluindo, assim, o questionamento da estrutura social, ou o modo desigual que se configuram as relações sociais no modo de produção capitalista.

Deste modo, as propostas de humanização da saúde, contidas nos mais variados trabalhos, não conseguem apontar uma direção efetiva do conceito “humanização”, seja pela relatividade metodológica, por não explicitar os valores e subjetividades almejados por essa política ou por não se ater a análise social, “problema frequente em textos de orientação pós-estruturalistas e pós-moderna” (GASTALDO, 2005, p. 391).

Na perspectiva histórico-dialética, o processo de humanização do homem reflete, a partir da materialidade, o modo como o homem vem reproduzindo sua existência, marcada, hoje, pelo processo de mundialização do capital. E, dessa maneira, partiu-se da compreensão de uma “tomada da realidade objetiva, ou seja, do concreto, consideradas as transformações históricas socialmente determinadas, e que estas transformações ocorrem pela explicitação e superação das contradições que emergem” (QUEIROZ; EGRY, 1988, p. 27).

À vista disso, Eleutério Prado (2005b) em seu artigo “Uma Nova Fase do Capitalismo ou um Novo Modo de Produção Capitalista?” afirma que durante os anos de 1970, o sistema capitalista passou por uma crise profunda, também caracterizada pela exaustão do sistema, por este se deparar com os seus próprios limites, atingindo boa parte do mundo através do crescimento do desemprego e disparo inflacionário. Porém, a partir dos anos de 1980, ocorreu uma nova readequação do capitalismo para continuar a manter sua dominação. Tal readequação se sustenta num regime de acumulação de capital por meio das finanças em um nível mundial, o desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação e da flexibilização laboral.

² Os sujeitos mencionados pela Política Nacional de Humanização da Saúde são os usuários, gestores e profissionais da saúde.

O neoliberalismo se apresenta como um novo padrão de acumulação: a acumulação flexível do modo de produção capitalista baseado no livre comércio, na total liberdade da iniciativa privada, na hegemonia do capital financeiro e na redefinição do papel estatal. “Em cada país, a liberdade de iniciativa, de comprar e vender, de empregar e demitir trabalhadores, de comprar filiais e fazer fusões, etc. foi aumentada, ao passo que os direitos dos trabalhadores, restringidos” (DUMÉNIL; LÉVY, 2007, p. 02). O que significa dizer que a construção do ideário neoliberal não ocorreu de maneira homogênea numa escala global, mas sim, respeitando as condições reais de cada país e suas próprias contradições. Ou melhor:

O desenvolvimento geográfico desigual do neoliberalismo, sua aplicação frequentemente parcial e assimétrica de Estado para Estado e de formação social para formação social atestam o caráter não elaborado das soluções neoliberais e as complexas maneiras pelas quais forças políticas, tradições históricas e arranjos institucionais existentes moldaram em conjunto porque e como o processo de neoliberalização de fato ocorreu. (HARVEY, p. 23, 2008)

A ascensão neoliberal traz consigo a reconstrução não apenas político-econômica do capitalismo, mas de uma “modalidade de discurso que passou a afetar tão amplamente os modos de pensamento que se incorporou às maneiras cotidianas de muitas pessoas interpretarem, viverem e compreenderem o mundo” (HARVEY, p. 12, 2008). Para que as ações neoliberais pudessem se concretizar, houve a necessidade do desenvolvimento de um arcabouço ideológico que pudesse as afirmar, como a centralidade dada pelos fundadores do neoliberalismo à **dignidade humana** e a **liberdade** – liberdade individual -, garantidas pela liberdade de mercado e de comércio.

O processo de neoliberalização envolveu muita “destruição criativa”, não somente dos antigos poderes e estruturas institucionais (chegando mesmo a abalar as formas tradicionais de soberania do Estado), mas também das divisões do trabalho, das relações sociais, da promoção do bem-estar social, das combinações de tecnologias, dos modos de vida e de pensamento, das atividades reprodutivas, das formas de ligação à terra e dos hábitos do coração. Na medida em que julga a troca de mercado “uma ética em si capaz de servir de guia a toda ação humana, e que substitui todas as crenças éticas sustentadas”, o neoliberalismo enfatiza a significação das relações contratuais no mercado. (HARVEY, p. 13, 2008)

Nesse contexto, o Banco Mundial assume um papel bem mais amplo do que o de credor, devido ao grande endividamento gerado aos países latino-americanos na década de 1980, conhecido como a “crise da dívida”, passando a ser

o “guardião dos interesses dos grandes credores internacionais, responsável por assegurar o pagamento da dívida externa e por empreender a reestruturação e abertura dessas economias” (SOARES, 1998a, p.112). Dessa forma, o Banco Mundial, desde os anos de 1990, ganhou destaque na formulação, divulgação e proposições para as políticas de saúde. Assegurando-se, assim, a perpetuação do ideário vigente.

O Banco Mundial tornou-se, além de gerenciador do endividamento de inúmeros países em desenvolvimento, como os países América Latina, mas também responsável pela abertura neoliberal nesses países, atendendo às necessidades do capital internacional, através de condicionalidades impostas, como a privatização e a abertura ao comércio exterior. Condicionalidades estas que corroboram com as pactuadas no Consenso de Washington, como o equilíbrio orçamentário, abertura comercial, liberalização financeira, desregulamentação dos mercados domésticos e privatização das empresas e dos serviços públicos.

A realidade dos países Latino-Americanos, mergulhados na dívida externa, dependentes economicamente dos organismos multilaterais, expressa de forma clara o desenhar de um novo direcionamento das políticas sociais, e, em particular, das políticas de saúde. O caso clássico, em que houve a desestruturação dos serviços públicos e gratuitos de saúde, diz respeito ao Chile, cujo início se dá durante a ditadura de Pinochet³, e em pouco tempo desmontou um dos mais avançados sistemas de saúde do continente, firmando parcerias público-privadas de financiamento e prestação de serviços.

O Brasil, inserido nesse contexto de crise e endividamento externo, têm sua política de saúde direcionada pelo Banco Mundial, pois “o modelo de desenvolvimento econômico brasileiro foi alicerçado na captação de recursos externos, abundantes nos bancos internacionais, no início da década de 1970” (SOARES, 2009, p. 73).

Com a crise econômica vivenciada nos últimos anos, instalou-se uma crescente crise social, agravando “as consequências negativas de uma série de fenômenos de cunho neoliberal observados desde o início dos anos noventa, como

³ A ditadura militar chilena durou quase 17 anos, iniciou-se em setembro de 1973, chegando ao fim em março de 1990, provocando um grande retrocesso democrático. Marcada por forte repressão e violência, sob o Governo do General Augusto Pinochet.

as privatizações, a diminuição da proteção social, a redução de todos os serviços públicos" (HIRATA, 2011, p. 15).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, resultado de uma intensa luta pela reforma sanitária nos anos de 1980, desde seu nascedouro vive em grande disputa de interesses para sua completa consolidação como um sistema universal de saúde, uma vez que sua implantação coincide com o início das reformas neoliberais. E, com o avanço do neoliberalismo, nos últimos anos, vêm passando por um intenso processo de desmonte, com privatizações por dentro do próprio sistema⁴ e precarização estrutural e laboral.

Em relação aos trabalhadores, a crise aprofunda os problemas gerados pela flexibilização do trabalho, como a redução de direitos, aumento da carga horária de trabalho, diminuição dos salários, novas formas de gestão e contratação de força de trabalho, gerando, em muitos casos, demissão em massa. Enfim, ocorre um intenso e progressivo processo de precarização do trabalho, tendo conseqüências desastrosas para os trabalhadores.

Trata-se, portanto, de uma aguda destrutividade, que no fundo é a expressão mais profunda da crise estrutural que assola a (des) sociabilização contemporânea: destrói-se força humana que trabalha; destroçam-se os direitos sociais; brutalizam-se enormes contingentes de homens e mulheres que vivem do trabalho; torna-se predatória a relação produção/natureza, criando-se uma monumental "sociedade do descartável", que joga fora tudo que serviu como embalagem" para as mercadorias e o seu sistema, mantendo-se, entretanto, o circuito reprodutivo do capital. (ANTUNES, 2011, p. 38)

As parcerias público-privadas representam esse processo de precarização na área da saúde e desresponsabilização do Estado e a cada dia estão se consolidando como principal modelo de gestão dos serviços de saúde. Como é o caso das fundações estatais de direito privado, das Organizações Sociais e, mais recentemente, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, criada para gerir os hospitais universitários brasileiros, continuação da política de saúde dos anos 1990 com a "ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos

⁴ A privatização por dentro do Estado se diferencia da privatização clássica, em que o Estado vende empresas públicas. Nessa nova modalidade de privatização, o Estado transfere por meio de contrato de gestão a administração de instituições públicas, como, por exemplo, os hospitais, acarretando a entrada do ideário privado no setor público, levando a precarização do trabalho, uma desresponsabilização estatal, entre outros.

humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO, 2015, p. 18).

Esse cenário, causa extrema preocupação nos que estão de fato comprometidos na defesa de um sistema universal e gratuito de atendimento à saúde da população. Assim sendo, não há como dissociar, a não ser por mera abstração, o contexto de ajuste neoliberal brasileiro e a implementação de uma política pública de saúde, como é o caso da política de humanização da saúde, que vai ao encontro, ainda que aparente, com os novos modelos de gestão que vem sendo incorporado nos últimos anos na área da saúde.

Dentro do corpo da política traçada pelo Ministério da Saúde há alguns pontos que tentam se aproximar dos problemas que levam há um processo de (des)humanização, são eles:

A desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários. Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. (BRASIL, 2004a, p. 03)

A fim de resolver os problemas citados acima, Filho expõe os objetivos da implementação da PNH:

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços, e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorização a participação dos autores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratização dos processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. (FILHO, 2014, p. 05)

Diante das transformações do mundo do capital e suas estruturas erguidas para a manutenção da ordem estabelecida, não há como não discutir o peso do aparato ideológico que se ergue a fim de garantir essa consolidação. Pois as conformações ideológicas da organização societal aparecem como “instrumentos

ideais da luta de classes, já que esta passa a ser a principal forma de conflito. Estes conflitos são dirimidos quando uma classe convence a si mesma e as outras de que é representante do interesse universal da sociedade” (PINHO, 2015, p. 03).

O discurso da “humanização” está presente em diversas áreas, como na administração, na educação, na economia, na reorientação das ações dos diferentes setores de prestação de serviços e, de maneira mais incisiva, na área da saúde. Sendo que nesta última “o discurso organiza-se em torno ora da política de defesa dos direitos humanos, ora de uma discussão que alcança a ética” (SOUSA; MOREIRA, 2008, p. 328).

Na concepção marxista acerca da ideologia, os homens tomam consciência dos fatos sociais que os cercam e, a partir daí, podem pensar a vida societária. Porém, “é necessário distinguir sempre entre a transformação material das condições econômicas de produção, [...] em resumo, as formas ideológicas pelas quais os homens tomam consciência desse conflito e o conduzem até o fim” (MARX, 2006, p. 110).

Hoje há um discurso ideológico disseminado de que vivemos em uma era de inúmeras possibilidades, na qual o homem alcançou o mais alto grau de desenvolvimento, através do “culto da sociedade democrática, que teria finalmente realizado a utopia do preenchimento, até a crença na desmercantilização da vida societal, no fim das ideologias” (PINHO, 2015, p. 06).

Por conseguinte, são necessárias análises que tentem ir além da aparência dos discursos, procurando desvendar até a mais sutil palavra ou gesto, a fim de encontrar a raiz da problemática apresentada, visto que a reprodução social encontrada no capital é imposta como algo natural, que não depende somente de mecanismos ideológicos, culturais ou políticos, mas da própria produção e reprodução da vida mantida sob a tutela de um regime de exploração.

Diante dos elementos expostos, do processo de crise econômica e flexibilização do trabalho surgem questões fundamentais, como: Partindo do pressuposto do mundo organizado pelo Capital, qual o interesse da retomada de humanização em saúde? No contexto em que surge a Política Nacional de Humanização da Saúde, tendo a valorização do trabalho em saúde como um de seus pilares, há possibilidade de garantir condições de trabalho que possibilitem uma relação humanizada entre os usuários do sistema único de saúde e os profissionais de saúde? Enfim, com as novas formas de gestão do trabalho em

saúde no SUS, há condições reais que tornam a PNH uma alternativa que garanta condições dignas de trabalho no Sistema Único de Saúde?

Assim, trata-se o presente texto de uma dissertação desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, motivada pela necessidade de se pensar as políticas públicas na área da saúde em sua relação com o movimento próprio do modo de produção capitalista. Para tanto se toma a Política Nacional de Humanização da Saúde, trazendo a problemática da desumanização como questão central, ainda que contenham em seu seio inúmeras contradições.

O impulso para adentrar na questão exposta diz respeito à formação acadêmica, no curso de Farmácia (talvez o curso que mais tenha perdido identidade na promoção da saúde, visto sua relação direta com o varejo farmacêutico), no qual desde os primeiros passos fui levada (ou me levei) a organização em defesa do SUS. Quando se trata de uma pesquisa científica, obviamente, se faz necessário à tentativa, numa perspectiva marxiana, de entender o movimento do objeto e sua relação com a totalidade. Mas nunca seguido pelo prisma da neutralidade, pois esta certamente existe apenas como falácia. Ou seja, o presente trabalho parte de anseios próprios de uma profissional da saúde defensora do acesso gratuito e de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde e condições dignas de trabalho para os profissionais, por isso, aponta para uma análise científica dos atuais desdobramentos das políticas públicas nesse setor.

O objetivo geral da pesquisa foi analisar a Política Nacional de Humanização da Saúde no contexto de ajuste neoliberal, implementação das novas formas de gestão no SUS e da precarização do trabalho em saúde, no período de 2003 a 2014, período de 11 anos do governo do Partido dos Trabalhadores, desde o primeiro governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva até o primeiro mandato do Governo Dilma Rousseff, marco da formulação e implementação da referida política.

Na tentativa de responder as inquietações expostas, o trabalho direcionou-se por três objetivos específicos: discutir o processo de reorganização do Sistema Único de Saúde no contexto neoliberal; apreender a concepção de humanização expressa no escopo da Política Nacional de Humanização problematizando-a e analisar a relação da PNH com as transformações das condições de trabalho no SUS.

Para a análise da problemática apresentada utilizou-se o método materialista histórico-dialético, o qual compreende o real como uma totalidade, resultante de mediações diante da configuração do movimento das relações sociais no processo histórico, partindo da concepção desenvolvida por Marx:

Na produção social de sua vida, os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes de suas vontades, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. O conjunto destas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base concreta sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem determinadas formas de consciência social. O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência". (Marx, 2014, p. 03)

A escolha pelo materialismo histórico dialético para análise das políticas de saúde vem a contrapor o método de pesquisa dominante nas ciências naturais, podendo, dessa forma, compreendermos o processo de inúmeras determinações do processo saúde-doença. Visto que na concepção materialista e dialética considera-se que o processo saúde-doença é socialmente determinado, pois as “transformações ocorridas em um determinado momento histórico geram transformações na saúde, tanto na sua estrutura, quanto no sistema de saúde” (QUEIROZ; EGRY, 1988, p. 26).

Assim, faz-se necessário a retomada de quatro categorias centrais para o estudo, categorias essas que darão o suporte teórico necessário para a análise do objeto em estudo, a Política Nacional de Humanização da Saúde, dentro de seu movimento concreto. Isto compreendendo que “a investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, de perquirir a conexão íntima que há entre elas” (MARX, 2006, p. 26). As categorias a serem trabalhadas no processo de apreensão da concretude do objeto são “trabalho”, “humanização”, “alienação” e “capital”. Estas categorias serão guias na análise e na rota metodológica do processo.

O primeiro conceito a retomar é o de “trabalho”. Este é compreendido como a relação entre o homem e a natureza, o intercâmbio através do qual ao transformar a natureza o homem vai transformando a si mesmo, estabelecendo relações sociais que extrapolam sua condição natural, ou seja, humaniza o mundo ao seu redor.

E é nesse movimento histórico de criar e recriar sua própria existência, através do trabalho, que o homem transforma o mundo puramente animal, natural em um mundo humanizado, socialmente compartilhado entre os homens. A humanização, dessa forma, aparece como a construção social do mundo dos homens.

Seguido da categoria “capital”, a qual se relaciona intrínseca e dialeticamente num movimento contraditório com o trabalho. Sendo o trabalho o ato fundante, através da qual os homens passam a se construir historicamente, no momento em que as relações sociais se tornam mediadas pelo dinheiro, o trabalho aparentemente deixa de ser a centralidade da atividade humana, sendo transformada em valor excedente, em lucro, enfim, em capital.

Assim, aparece a “alienação”, a qual pode ser compreendida pelo não reconhecimento, ou estranhamento, do homem, ao produto de trabalho, pois o homem não se reconhece no que produz seguido da alienação da atividade produtiva, da alienação em relação ao gênero humano e, por fim, a alienação do homem pelo homem.

A metodologia adotada é a pesquisa do tipo documental e bibliográfica abrangendo a investigação em documentos oficiais publicados referentes à Política de Humanização da Saúde (PNH); leis e emendas constitucionais que tratam da atual conformação da gestão da saúde no país; números que reflitam a proporção entre trabalhadores em saúde estatutários e terceirizados; página da Política Nacional de Humanização da Saúde na rede mundial de computadores; artigos científicos relacionados à análise da PNH e das transformações no mundo do trabalho, em especial, do trabalho em saúde; relatórios de Hospitais Universitários que contenham as ações do Núcleo de Humanização do Hospital e relatórios de organizações/movimentos sociais referentes ao Sistema Único de Saúde.

A presente dissertação se estrutura da seguinte forma: além desta introdução, por mais três capítulos e as conclusões. No primeiro capítulo aborda-se a relação entre o Estado Neoliberal e a organização do sistema de saúde brasileiro, iniciando com o processo histórico de crise do Bem-Estar Social nos países desenvolvidos e a ascensão do neoliberalismo como alternativa de manutenção dos privilégios da burguesia, passando para a forma como essa nova lógica do capital é introduzida numa perspectiva mundial, até chegar aos países da América Latina, com ênfase na realidade brasileira.

O segundo capítulo apresenta a discussão acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde, desde o seu processo histórico de formulação até sua implementação. Analisa a relatividade do conceito “humanização” presente na referida política e nos mais variados autores, buscando uma definição que atenda a necessidade de uma análise crítica e, dessa maneira, aponte, a partir da materialidade, o processo de (des) humanização.

Para tanto parte-se do trabalho, enquanto categoria fundante do homem, ou seja, se analisa o processo de humanização em sua relação com o desenvolvimento e aperfeiçoamento do trabalho e avanço das forças produtivas. Em seguida, com o desenvolvimento destas mesmas forças produtivas levam a um quadro de desumanização das relações sociais, do estranhamento do homem em relação a outro homem.

O terceiro capítulo, por fim, trata das transformações no mundo do trabalho, para que se possa compreender como se organizam e se inserem as novas formas de gestão do trabalho em saúde e suas consequências para o mesmo. E, em conclusão, diante da discussão exposta, analisar a possibilidade de garantia de condições dignas de trabalho para os profissionais da saúde por meio da implementação da política de humanização, examinando a partir de suas estratégias e diretrizes.

Por fim, vale ressaltar que o presente trabalho se propõe a adentrar no espinhoso e complexo debate sobre a Política Nacional de Humanização da Saúde e as contradições de um mundo organizado pelo capital, e que, evidentemente, tal debate não esgota a temática aqui apresentada, ao contrário, dá um impulso na tentativa da compreensão de suas reais condições de cumprir com o objetivo a que se propõe a política de humanização.

2 O ESTADO NEOLIBERAL E A REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1 O ajuste neoliberal

Para que se possa compreender o atual momento de desmonte do Sistema Único de Saúde brasileiro, reflexo da desconstrução da Seguridade Social no país, antes de qualquer coisa, é preciso se ater ao momento histórico vivenciado e em como as relações sociais vêm se desenvolvendo. Para isso, tem de se reconhecer a “nova” forma como o sistema capitalista começa a se expressar diante de um processo de transformação histórica.

Antes de alcançar a discussão propriamente dita do Estado Neoliberal, faz-se necessário uma breve incursão pela categoria Estado, ainda que este não seja a finalidade do presente estudo. Porém, o esforço é de fazer apontamentos que irão auxiliar nessa jornada, numa perspectiva crítica e de totalidade.

Ernest Mandel em seu livro “Capitalismo Tardio” pontua a diferença teórica da qual parte o marxismo para análise do Estado, ou seja, da “distinção fundamental” (MANDEL, 1985, p. 332) entre Estado e sociedade civil. Esta distinção ocorre pelo desenvolvimento material da organização social dos homens, ocorrida sob “condições específicas e historicamente determinadas” (MANDEL, 1985, p. 333). Em outras palavras, o Estado é produto da divisão social do trabalho e está relacionado ao surgimento da propriedade privada, num contexto de “autonomia crescente de certas atividades superestruturais, mediando à produção material, cujo papel era sustentar uma estrutura de classe e relações de produção” (MANDEL, 1985, p. 333).

Tendo a história material dos homens como sustentáculo, deve-se compreender, a partir dela, relacionando-a ao desenvolvimento das forças produtivas e o modo de produção da vida social, como é o caso da origem e desenvolvimento do Estado enquanto estrutura política, que, por um lado, a história “continua a atividade anterior sob condições totalmente alteradas e, por outro, modifica com uma atividade completamente diferente as antigas condições” (MARX; ENGELS, 2007, p. 40), com o cuidado de não entendê-la, simploriamente, como um encadeamento de fatos, o que na realidade não ocorre, considerando que os

homens constroem ativamente sua história. O que está sendo posto é que a história dispõe das condições materiais para a ação humana, mas que em essência são mutáveis e transformáveis.

Portanto, em Marx:

[...] tanto as relações jurídicas como as formas de Estado não podem ser compreendidas por si mesmas nem pela chamada evolução geral do espírito humano, mas se baseiam, pelo contrário, nas condições de vida cujo conjunto Hegel resume, seguindo os precedentes ingleses e franceses do século XVIII sob o nome de 'sociedade civil'. (MARX, 2014, p. 23)

Mandel (1985) resume em duas as funções fundamentais superestruturais do Estado, a proteção e a reprodução da estrutura social, mas ressalta que hoje o Estado acaba por assumir outras funções além dessas, visto as necessidades do modo de produção. Acaba por classificar as principais funções:

- 1- Criar as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante;
- 2- Reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente através do exercito, da policia, do sistema judiciário e penitenciário;
- 3- Integrar as classes dominadas, garantir que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante e, em consequência, que as classes exploradas aceitem sua própria exploração sem o exercício direto da repressão contra elas.

A primeira função está intimamente ligada à esfera da produção, visando “assegurar uma mediação direta entre a infra e a superestrutura” (MANDEL, 1985, p. 334). Dessa forma, o domínio funcional do Estado visa assegurar:

- A- Os *pré-requisitos gerais e técnicos do processo de produção específico* (meios de transporte ou de comunicação, serviço postal etc.);
- B- Providenciar os *pré-requisitos gerais e sociais do mesmo processo de produção* (como, por exemplo, sob o capitalismo, lei e ordem estáveis, mercado nacional, um Estado territorial, um sistema monetário);
- C- A reprodução continua daquelas formas de trabalho intelectual que são indispensáveis à produção econômica, embora elas mesmas não

façam parte do processo de trabalho imediato (o desenvolvimento da astronomia, da geometria, etc.).

Apesar de hoje, sob o capitalismo, o Estado se caracterize de forma específica⁵, este não tem seu surgimento no modo de produção do capital, “o Estado é mais antigo que o capital, e suas funções não podem ser derivadas diretamente das necessidades da produção e da circulação de mercadorias” (MANDEL, 1985, p. 334). Toma-se como exemplo a configuração do Estado em sociedades pré-capitalistas, nas quais a propriedade privada derivava da posse da terra, portanto a função do Estado estava em garantir essa propriedade, impedindo, inclusive, a produção e circulação das mercadorias.

O Estado burguês é um produto direto do Estado absolutista, gerado pela tomada do poder político e de sua maquinaria institucional pela classe burguesa. Mas é também a negação desse último, pois o estado burguês clássico da época da ascensão vitoriosa do capital industrial era um “Estado fraco” por excelência – porque se fazia acompanhar pela dominação sistemática do intervencionismo econômico dos Estados absolutistas, que impedira o livre desenvolvimento da produção capitalista enquanto tal. (MANDEL, 1985, p. 335)

Dessa forma, constata-se que as transformações históricas pela qual o Estado vai passando, pretende garantir a consolidação do sistema em nascimento, o sistema capitalista. Essas mudanças dizem respeito ao modo pelo qual se administra o Estado, caracterizado pela livre concorrência ao invés das relações extra-econômicas de coerção e dependência, e, assim, disseminar a aparência de liberdade e igualdade. Pois:

O capital é incapaz de produzir por si mesmo a natureza social de sua existência em suas ações; precisa de uma instituição independente, baseada nele próprio, mas que não esteja sujeita a suas limitações, cujas ações não sejam determinadas, portanto, pela necessidade de produzir (sua própria) mais-valia. Essa instituição independente, ‘ao lado, mas fora da sociedade burguesa’, pode, baseada simplesmente pelo capital, satisfazer as necessidades imanentes negligenciadas pelo capital [...] O Estado não deve ser visto, portanto, nem como simples instrumento, nem como instituição que substitui o capital. Só pode ser considerada uma forma especial de preservação da existência social do capital ‘ao lado, mas fora da concorrência’. (MANDEL, 1985, p. 336)

Nesse momento, pode-se buscar auxílio no conceito de Estado Ampliado em Gramsci para a compreensão das contradições e luta de classes em seu interior.

⁵ Garantir a produção e circulação das mercadorias.

O ponto de partida em Gramsci é a negação de uma visão, dita por ele, economicista, a qual reduz o Estado à livre vontade da classe dominante. “Gramsci afirma o caráter fundamental das componentes materiais da realidade, contra o marxismo ‘vulgar’, defende a função ativa das superestruturas” (CORREIA, 2005, p. 43). Ou seja, em Gramsci, não existe uma separação entre a Sociedade Civil e o Estado, mas ambos existem em uma relação orgânica.

Em sua concepção sobre o Estado ampliado, o referido pensador atento para o fato de que as funções do Estado não se resumem às atividades coercitivas desenvolvidas pelo aparato do governo executivo e instituições jurídico-policiais ou sociedade política = Estado no sentido estrito, mas inclui funções de consenso ou educativas a cargo dos organismos privados da sociedade civil. Assim, distingue duas esferas apenas como recurso metodológico na composição do Estado, em sentido ampliado: sociedade política e sociedade civil. (ABREU, 2011, p. 27)

Dessa maneira, o Estado é a união ativa, orgânica, entre as esferas da sociedade política e da sociedade civil. A Sociedade Política - compreendida como “Estado-coerção” - é formada por toda a burocracia estatal que garante à classe dominante manter sua hegemonia, através da repressão e da violência, identificados como aparelhos coercitivos ou repressivos do Estado. Já a Sociedade Civil diz respeito ao Estado ético, em que há a elaboração de ideologia, disputas políticas e ideológicas. A unidade entre Estado e Sociedade Civil “consubstancia-se numa relação contraditória de negação e afirmação, na qual é plasmado o conteúdo ético do Estado” (ABREU, 2011, p. 27).

Portanto:

O Estado em Gramsci congrega além da sociedade política a sociedade civil com seus aparelhos de hegemonia que mantém o consenso, ou seja, “Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais as classes dirigentes não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados [...]” (GRAMSCI, 2000, p. 331). E, para manter o consenso, o Estado incorpora demandas das classes subalternas. No Estado essas buscam ganhar espaços na sociedade civil na tentativa de criar uma hegemonia através ‘guerra de posição’. (CORREIA, 2005, p. 47)

O sistema capitalista está sempre se renovando, construindo novas modulações. Nessa perspectiva, ao pensar o Estado, a análise deve sempre se entrelaçar a essas mudanças, ou melhor, partir do Estado não como um instrumento acabado, enrijecido, mas que está sempre em transformação, sendo adequado a atender as necessidades e interesses do momento histórico.

Assim, o processo em que se dá a ascensão neoliberal apresenta suas particularidades, sendo “sempre difícil apresentar de maneira precisa a origem de um fenômeno complexo” (DUMÉNIL; LÉVY, 2007, p. 01). Inúmeros acontecimentos, que levam a uma perda relativa de privilégios da classe dominante⁶, ocorreram numa sequência que ajuda a compreensão do processo de ascensão neoliberal, como a perda de poder durante a Grande Recessão⁷ e a Segunda Guerra Mundial, baixa rentabilidade das instituições financeiras, estabelecimentos de economias mistas⁸ em países da periferia e em alguns países da Europa e Japão.

A perda relativa de privilégios pertence ao quadro caracterizado por uma grave crise econômica em escala mundial no final dos anos de 1960 e início dos anos de 1970 e de aumento inflacionário, em que houve uma redução da riqueza das classes dominantes. Entre a Segunda Guerra Mundial e o começo dos anos 1970, o 1% mais rico das famílias dos EUA tinha mais de 30% da riqueza total do país; durante a primeira metade dos anos de 1970, essa percentagem tinha caído para 22% (DUMÉNIL; LÉVY, 2007, p. 02), ocasionando uma ameaça econômica à posição da classe dominante.

Soma-se a esse quadro, o aumento do desemprego, as crises fiscais em vários Estados Nacionais, a diminuição da arrecadação de impostos e aumento dos gastos sociais, a ineficácia do sistema de câmbio fixo e o descontrole dos Estados Unidos em controlar o dólar. Diante desse cenário de crise, gerou-se um descontentamento geral que articulou trabalhadores e movimentos sociais em alguns dos países de capitalismo avançado, as idéias socialistas começaram a ganhar força tanto em países em desenvolvimento, como o Chile e o México, quanto

⁶ Trata-se do período relacionado ao fim do ciclo denominado por alguns economistas como “anos dourados”, o qual perdurou do fim da segunda guerra mundial até a entrada dos anos 1970. Foram trinta anos de grande expansão do sistema do capital, marcado pela redução dos impactos gerados pelas suas crises cíclicas. A regulação estatal foi um fato marcante, defendida pelas idéias keynesianas. Pois, “a natureza da ordem monopólica exige um Estado que vá além da garantia das condições externas da produção e da acumulação capitalistas – exige um Estado interventor, que garanta as condições gerais” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 213). Dessa forma, nos “anos dourados”, o capitalismo monopolista se caracterizou pela “garantia de expressivos direitos sociais (ainda que somente para os trabalhadores de alguns países imperialistas) – e o fez no marco das sociedades nas quais tinham vigência instituições políticas democráticas, respaldadas por ativa ação sindical e pela presença de partidos políticos de massas” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 216).

⁷ O longo ciclo de expansão dos “anos dourados” chega ao fim, abrindo-se um período de recessão econômica. Dados apontados por Netto e Braz (2011) mostram que entre 1968 e 1973 a taxa de lucro cai de 16,3 para 14, 2% na Alemanha Ocidental, de 18,2 para 17,1% nos Estados Unidos e de 26,2 para 20,3% no Japão.

⁸ Sistema econômico no qual se configura a participação do setor privado e do setor público.

em países desenvolvidos, como Itália, França e Espanha. Se junta, então, à ameaça econômica, uma ameaça política.

Nesse sentido, Harvey (2008) e Duménil e Lévy (2007) concluem que o processo de ascensão neoliberal foi um projeto arquitetado para restabelecer o poder da classe dominante. Para embasar sua defesa, Harvey (2008) expõe alguns dados que a retratam como no final dos anos 1970, quando as políticas neoliberais são postas em prática, disparou a parcela da renda nacional do 1% mais ricos dos EUA, alcançando 15%, o 0,1% mais rico dos EUA subiu de uma parcela de renda de 2% no ano de 1978 para 6% em 1999 e na Inglaterra o 1% mais rico subiu sua parcela de renda de 6,5% para 13% a partir de 1982.

O momento em que pode ser entendido como a mudança de rumo no processo de acumulação capitalista⁹ ficou conhecido como o Golpe de 1979, no qual o presidente do Banco Central Norte-Americano tomou a decisão de aumentar a taxa de juros até o limite para por fim a inflação que atravessava o país. Portanto, pode-se pensar o neoliberalismo como um ato político, no qual os objetivos da ordem neoliberal são de outra natureza que o desenvolvimento da periferia ou acumulação no centro. Na realidade, “sua razão de existir é a restauração da renda e do patrimônio das frações superiores das classes dominantes” (DUMÉNIL; LEVY, 2004, p. 13).

Mas, em meio a esse processo econômico e político, há de ser ressaltar que todo o processo de neoliberalização não se restringe a esses dois importantes aspectos. Para garantir sua implementação, os teóricos do neoliberalismo, tanto os da Escola Austríaca (Friedrich Hayek, como exemplo) e os da Escola de Chicago (liderados por Milton Friedman), se dedicaram a defesa dos ideais políticos da dignidade humana e da liberdade individual como conceitos essenciais para a humanidade. Diga-se de passagem, que tais ideais/valores são bastante convenientes e sedutores, pois, se coloca a liberdade individual como pressuposto da liberdade do mercado e do comércio.

Segundo Harvey (2008) para que se conseguisse legitimar as idéias

⁹ Cabe salientar que a forma como o neoliberalismo vai sendo implementado ao redor do mundo não se desenvolve homoganeamente, ao contrário, vai sendo construído de acordo com a realidade de cada Estado Nacional. Um exemplo disso é a entrada neoliberal no Chile, como primeira experiência concreta, através de um golpe de Estado e a implantação de ditadura militar patrocinada pela elite de negócios chilenas, apoiada pelos Estados Unidos e, ao contrário, nos países de capitalismo avançado, como a Inglaterra, o neoliberalismo foi se consolidando através de uma política de Estado, sem a necessidade do uso extremo da força.

neoliberais foram utilizadas variadas estratégias, como a vigorosa circulação de cunho ideológico em corporações, nos meios de comunicação, nas universidades, escolas, igrejas, organização de bancos de idéias financiados por grandes corporações e cooptaram setores do meio de comunicação e intelectuais.

Em tudo isso, foi hegemônico o recurso a tradições e valores culturais. O projeto declarado de restauração do poder econômico a uma pequena elite provavelmente não teria muito apoio popular. Mas um esforço programático de defesa da causa das liberdades individuais poderia constituir um apelo a uma base popular, disfarçando o trabalho de restauração do poder da classe. Além, disso, uma vez que fez a virada neoliberal, o aparato do Estado pôde usar seus poderes de persuasão, cooptação, chantagem e ameaça para manter o clima de consentimento necessário à perpetuação de seu poder. (HARVEY, p. 50, 2008)

Ao atribuir ao mercado à tarefa de regulação, a neoliberalização atua pondo fim aos direitos sociais estabelecidos durante os anos do liberalismo clássico (ou liberalismo embutido, como trata David Harvey), num ataque em duas frentes ao trabalho. Primeiro, restringe e desmonta o poder dos sindicatos, flexibiliza a força de trabalho, o Estado deixa de ser promotor do Bem-Estar Social e torna o avanço tecnológico uma forma de segregar e individualizar cada vez mais o trabalhador. E segundo, age rompendo as delimitações geográficas para a obtenção de mão de obra cada vez mais barata e, claro, tornando-as ainda mais precarizadas.

No que concerne ao Estado, o neoliberalismo defende que o mesmo deve contribuir para a garantia dos “direitos individuais à propriedade privada, o regime de direito e as instituições de mercados de livre funcionamento e do livre comércio” (HARVEY, p. 75, 2008), assim o Estado passa a ser um agente ativamente passivo, pois ativamente prepara as condições econômicas ideais para que seu papel enquanto garantidor de políticas sociais seja diminuído, visto que a acumulação flexível neoliberal se caracteriza pela privatização e mercadificação, financialização e redistribuições via Estado (HARVEY, 2008). Ou seja,

[...] deve ser um Estado que cria ativamente as condições para a acumulação de capital, que protege os monopólios das crises econômicas, que enfraquece o poder dos sindicatos de trabalhadores assalariados, que despoja os trabalhadores da seguridade social, que privatiza as empresas públicas, que transforma a oferta de bens públicos (como as estradas, os portos, etc.) em serviços mercantis, que não só levanta, enfim, os obstáculos ao funcionamento dos mercados e das empresas, mas é capaz de criar as condições para estas últimas operem de modo lucrativo. (PRADO, 2005a, p. 12)

O neoliberalismo tem como características a valorização do mercado e da

livre iniciativa; flexibilização das leis trabalhistas, ou seja, a liberdade para compra e venda da força de trabalho, de empregar e demitir trabalhadores e a financeirização do capital, diminuindo ou extinguindo as barreiras comerciais possibilitando a livre circulação do capital. O Estado passa a intervir no que é estritamente necessário, preenchendo “ativamente os vazios da malha produtiva e financeira, mas deve fazê-lo, porém, não por meio de empresas próprias, mas preferencialmente adjudicando as atividades econômicas complementares, por meio de contratos de gestão, às empresas privadas” (PRADO, 2005a, p 12). Isto é:

No nível estatal, novas políticas são aplicadas: políticas macroeconômicas (baixa inflação) ou sociais (diminuição do custo do trabalho), visando atender aos mesmos interesses. No plano internacional, trata-se mundialização da ordem neoliberal, pela eliminação das barreiras à circulação de bens e capitais e da abertura dos países ao capital internacional, principalmente, pela venda, a preços baixos, das empresas públicas potencialmente rentáveis. Exportação de capitais, taxas de juros elevadas e preços baixos e decrescentes das matérias-primas permitem a transferência de enormes montantes de renda para os países imperialistas. (DUMÉNEI; LÉVY, 2004, p.03)

Porém, o papel estatal contido na teoria neoliberal apresenta algumas contradições quando se observa teoria e prática, dado que sua “evolução um tanto caótica e o desenvolvimento geográfico desigual de instituições, poderes e funções nos últimos trinta anos sugerem que o Estado neoliberal pode ser uma forma política instável e contraditória” (HARVEY, 2008, p. 75). Os teóricos do neoliberalismo apontam numa perspectiva de redução do aparelho estatal, jogando para o mercado a resolutividade das demandas, preservando, dessa maneira, as liberdades individuais. Contudo, segundo David Harvey (2008), há duas contradições em que a necessidade de restituição do poder de classe destoa da teoria neoliberal. Primeiro quando há necessidade de se criar maneiras, através da ação do Estado, que facilitem os empreendimentos capitalistas, e segundo, quando o Estado prioriza a integridade do sistema financeiro, em contraposição ao bem-estar popular¹⁰.

Por fim, o neoliberalismo “representa a opção conservadora diante do esgotamento histórico tanto do liberalismo social quanto dos socialismos centrados na ação do Estado” (PRADO, 2005b, p. 15). O que significa dizer que diante do

¹⁰ O período em que o Estado neoliberal se tornou hegemônico também tem sido o período em que o conceito sociedade civil – com frequência tomado como entidade de oposição ao poder do Estado – se tornou central para a formulação da política oposicionista. A idéia gramsciana do Estado como unidade formada por sociedade política e sociedade civil enseja a idéia da sociedade civil como centro de oposição, se não como alternativa, ao Estado. (HARVEY, 2008, p. 88)

momento histórico vivido nos últimos anos, o sistema capitalista começou a dar sinais de esgotamento, caracterizado pela redução das taxas de lucros e a impossibilidade material de continuidade de sua expansão, porém a resposta neoliberal das classes dominante garante a manutenção do sistema, gerando pelo mundo o aumento da exploração da força de trabalho e do exército de miseráveis mundiais.

O ataque do grande capital às dimensões democráticas da intervenção do Estado começou tendo por alvo a regulamentação das relações de trabalho (a “flexibilização”) e avançou no sentido de reduzir, mutilar e privatizar os sistemas de seguridade social. Prosseguiu estendendo-se à intervenção do Estado na economia: O grande capital impôs “reformas” que retiraram do controle estatal empresas e serviços – trata-se do **processo de privatização** mediante o qual o Estado entregou ao grande capital. Para exploração privada e lucrativa, complexos industriais inteiros (siderurgia, indústria naval e automotiva, petroquímica) e serviços de primeira importância (distribuição de energia, transportes, telecomunicações, saneamento básico, bancos e seguros). Essa monumental transferência de riqueza social, construídas com recursos gerados pela massa da população, para o controle de grupos monopolistas operou-se nos países centrais, mas especialmente nos países periféricos - onde, em geral, significou uma profunda *desnacionalização* da economia e se realizou em meio a procedimentos profundamente corruptos, de que é exemplo paradigmático a Argentina de Menem. (NETTO; BRAZ, 2011, p. 238)

No Brasil, as políticas de cunho neoliberal começam a ser implementadas de forma tardia, tomada a realidade dos países da América Latina. O processo em que se deu a implantação do projeto neoliberal brasileiro apresentou-se em três momentos distintos, desde o início dos anos de 1990: uma fase inicial ocorrida durante o governo do presidente Fernando Collor, com as primeiras ações neoliberalizantes; Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso ocorreu a segunda fase com ampliação e consolidação neoliberal e a terceira, e última fase, a fase de aperfeiçoamento e ajuste do modelo, referindo-se ao segundo mandato do Governo FHC e o Governo Lula, em que há uma ampliação e consolidação do capital financeiro no interior do bloco dominante.

Em particular, o Governo Lula deu prosseguimento (radicalizando) à política econômica implementada pelo segundo Governo FHC, a partir da crise cambial de janeiro de 1999: metas de inflação reduzidas, perseguidas por meio da fixação de taxas de juros elevadíssimas; regime de câmbio flutuante e superávits fiscais acima de 4,25% do PIB nacional. Adicionalmente, recolocou na ordem do dia a continuação das reformas neoliberais - implementando uma reforma da previdência dos servidores públicos e sinalizando para uma reforma sindical e das leis trabalhistas-, além de alterar a Constituição para facilitar o encaminhamento, posterior, da proposta de independência do Banco Central e dar sequência a uma nova fase das privatizações, com a aprovação das chamadas Parcerias Público-

Privado (PPP), no intuito de melhorar a infraestrutura do país –uma vez que a política de superávits primários reduz drasticamente a capacidade de investir do Estado. Por fim, completando o quadro, reforçou as políticas sociais focalizadas (assistencialistas). (FIGUEIRAS, 2006, p. 15)

No que corresponde, especificamente, a Seguridade Social brasileira¹¹, os impactos causados pelo processo de contrarreforma¹², traçadas a partir do ideário neoliberal, são variados, “descaracterizando-a e dificultando sua implementação, uma vez que não convêm com as necessidades de acumulação capitalista, estas que passam a ser prioridade” (MOURA, 2013, p. 10). A Seguridade Social se inscreve num contexto negativo, visto que as determinações neoliberais visam o ajuste econômico (pondo o Brasil em linearidade com a economia internacional) e a “reforma” do Estado, implementadas segundo as diretrizes das agências internacionais.

Boschetti (2009) destaca que as contrarreformas representam o desmonte dos direitos garantidos na Constituição de 1988. Assim sendo, na previdência social ocorrem algumas contrarreformas, que traduzem a desregulamentação dos direitos e o reforço da lógica do seguro. Quanto à saúde, os seus princípios são abandonados pelas ações limitadas que se realizam em meio à precarização do serviço de saúde pública. E, no âmbito da assistência social, se concentram as ações focalizadas e seletivas, com tendência para políticas de transferência de renda.

As modificações nas quais a Seguridade Social brasileira vai passando se relacionam com os processos sociais nascente no capitalismo monopolista, alicerçados na mudança e redefinição do papel do Estado diante de um novo quadro de necessidades na produção de mercadoria e transformações no mundo do trabalho, abandonando o modelo fordista-keynesiano e impondo o modelo de

¹¹ A conquista da Seguridade Social no Brasil foi um dos marcos mais importante presentes na Constituição Federal de 1988, garantindo proteção social em diversos âmbitos, como saúde, previdência social e assistência social, ou melhor, “a seguridade social, na definição constitucional brasileira, é um conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, incluindo também a proteção ao trabalhador desempregado, via seguro-desemprego. Pela lei, o financiamento da seguridade social compreende, além das contribuições previdenciárias, também recursos orçamentários destinados a este fim e organizados em um único orçamento.” (BOSCHETTI, SALVADOR, 2009, p. 52)

¹² Toma-se como referência o termo “contra-reforma” ao discutir as transformações ocorridas no Estado brasileiro num contexto de ajuste neoliberal, pois segundo Behring (2003) esse processo, comumente denominado de “reforma” do Estado, se caracteriza verdadeiramente como uma contra-reforma, por possuir um conteúdo conservador e regressivo em relação aos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988.

acumulação flexível. Direcionando setores de grande importância social para a privatização, sendo esta de maneira direta ou indireta, como a saúde, a educação, a previdência.

Uma questão central desse processo de desconstrução da Seguridade Social no Brasil diz respeito à disputa pelo fundo público¹³, através da financeirização das políticas sociais¹⁴, na qual ocorre uma tomada dos fundos públicos para a alimentação direta do capital, ou seja, há venda de títulos da dívida pública¹⁵ brasileira direcionada para alimentar diretamente o mercado financeiro.

Com a financeirização da riqueza, os mercados financeiros passam a disputar cada vez mais recursos do fundo público, pressionando pelo aumento das despesas financeiras do orçamento estatal, o que passa pela remuneração dos títulos públicos emitidos pelas autoridades monetárias e negociados no mercado financeiro, os quais se constituem importante fonte de rendimentos para os investidores institucionais. Com isso, ocorre um aumento da transferência de recursos do orçamento público para o pagamento de juros da dívida pública, que é o combustível alimentador dos rendimentos dos rentistas. Nesse bojo, também se encontram generosos incentivos fiscais e isenção de tributos para o mercado financeiro à custa do fundo público. (SALVADOR, 2015, p 03)

A nova dinâmica do capitalismo contemporâneo, neoliberal e com predominância do capital financeiro, propõe o ordenamento do orçamento público brasileiro refém dos rentistas do capital, colocando obstáculos para a construção de um sistema de proteção social universal, através das agências internacionais.

2.2 O Banco Mundial e as políticas de saúde

O Banco Mundial, nos últimos anos, exerce grande influência nos rumos do desenvolvimento capitalista em nível mundial, sua importância se deve à sua intensa atuação no processo de reestruturação do sistema capitalista, na fase neoliberal, graças aos empréstimos aos países em desenvolvimento, que trazem

¹³ O fundo é composto por taxas, impostos e contribuições tanto da classe trabalhadora quanto do capital e do Estado. No capitalismo monopolista o fundo público é parte da riqueza socialmente produzida, e é levantado basicamente pelo sistema tributário, ou seja, é sustentado basicamente pela classe trabalhadora. Visto que no Brasil o sistema tributário é do tipo regressivo, ou seja, recai sobre a produção e o consumo, sendo passível de transferência para terceiros.

¹⁴ A financeirização das políticas sociais se refere à captura dos direitos sociais pela iniciativa privada, a partir do neoliberalismo os serviços são contratados no mercado, não mais garantidos pelo Estado.

¹⁵ “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 capita que por juros em detrimentos das políticas sociais.” (SILVA, 2012, p. 12)

consigo inúmeras condicionalidades, e ao aumento, cada vez maior, de sua área de atuação. Dessa forma, é importante que se apresente um quadro geral que garantiu ao Banco Mundial chegar a essas proporções de importância e atuação.

Nesse sentido, Soares apresenta um breve resumo da história política desse organismo:

Ao longo dos seus cinquenta anos de atividade, o Banco Mundial passou por muitas transformações, seja em termos de ênfase de políticas, alocação setorial de recursos, ou prioridades em termos de países e importância política. Transformou-se, ainda, em escala e número de países-membros. [...] Atualmente, é o maior captador mundial não soberano de recursos financeiros, exercendo profunda influência no mercado internacional. (SOARES, 1998a, p. 34)

Foi criado em 1944 durante a Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas, conhecida como Bretton Woods, reunindo 44 países, liderados pelos Estados Unidos da América, com a preocupação de estabelecer uma nova ordem mundial no pós-guerra. Tendo sua criação vinculada ao FMI (Fundo Monetário Internacional), coube ao Banco Mundial “um papel secundário voltado para a ajuda à reconstrução das economias destruídas pela guerra e para a concessão de empréstimos de longo prazo para o setor privado” (SOARES, 1998a, p. 39).

Porém, esse “papel secundário”, cuja teoria estava nas mãos de Keynes¹⁶, já se apresentava com uma perspectiva mais ampliada do que a de simples credor, logo na sua criação o banco foi designado de Banco Internacional de Reconstrução e Fomento (BIRF). Keynes queria um banco que estimulasse também o desenvolvimento dos países membros, referindo-se aos países não desenvolvidos (GEORGE; SABELLI, 2015). Hoje o BIRF passou a ser designado por Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) compondo com outras instituições financeiras afiliadas o que se conhece por Banco Mundial.

Alguns acontecimentos a nível mundial levaram a profundas transformações no papel exercido pelo Banco Mundial, como é o caso da emergência da Guerra Fria, no qual tal organismo teve papel de mediação das políticas sociais e um processo crescente de empréstimos aos países do sul, a fim de garantir a integração dos países não comunistas. Outro acontecimento se refere à criação, em 1960, da Associação de Desenvolvimento Internacional (IDA), fato que

¹⁶ John Maynard Keynes, economista inglês, formulador da teoria econômica na qual se fundamenta a posição em que o Estado seria o agente de organizador social, responsável por assegurar o pleno emprego.

na prática contribui para garantir a dependência dos países, como Índia, China, Bangladesh e Paquistão, cujos Estados Unidos tinham interesses políticos.

Nos anos 80, a eclosão da crise de endividamento abriu espaço para uma ampla transformação do papel até então desempenhado pelo Banco Mundial e pelo conjunto dos organismos multilaterais de financiamento. Estes passaram a figurar como agentes centrais do gerenciamento das precárias relações de crédito internacional, e o Banco Mundial ganhou importância estratégica na reestruturação econômica dos países em desenvolvimento por meio de programas de ajuste estrutural. De um banco de desenvolvimento, indutor de investimentos, o Banco Mundial tornou-se o guardião dos interesses dos grandes credores internacionais, responsável por assegurar o pagamento da dívida externa e por empreender a reestruturação e abertura dessas economias, adequando-as aos novos requisitos do capital globalizado. (SOARES, 1998b, p. 43)

Isto é, o Banco mundial e o FMI, nesse contexto, tornaram-se, além de gerenciadores do endividamento de inúmeros países em desenvolvimento, como o caso da América Latina, responsáveis pela abertura neoliberal nesses países. Atendendo, assim, às necessidades do capital internacional, através de condicionalidades impostas, de cunho liberal, privatista e de abertura do comércio exterior. Condicionalidades estas que corroboram com as pactuadas no Consenso de Washington, como o equilíbrio orçamentário, abertura comercial, liberalização financeira, desregulamentação dos mercados domésticos e privatização das empresas e dos serviços públicos.

De um Banco destinado apenas a reconstrução dos países assolados pela Segunda Guerra Mundial, o Banco Mundial passou, como vimos, por inúmeras transformações, chegando aos dias atuais atuando em diversas áreas, como saúde, com um discurso preponderante de combate à pobreza. Segundo Rizzotto (2000, p. 99) “na saúde, por exemplo, sua ênfase tem sido no sentido de pressionar a adoção de políticas e reformas que fortaleçam o setor privado, com a oferta por parte do Estado de serviços públicos essenciais destinados às populações mais pobres”.

Deste modo, inicialmente as ações do Banco Mundial no setor saúde estava restrito ao combate à pobreza, tratando-se apenas da saúde numa perspectiva de controle demográfica, isso no final da década de sessenta. Somente a partir dos anos de 1980 é que a saúde começa a ser pauta pelo Banco Mundial como um setor específico de atuação. E, ainda segundo Rizzotto (2000, p. 116) “a saúde entra como setor específico de financiamento, pela clareza que a instituição tinha de que ao financiar projetos para a área da saúde, poderia interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas deste setor público”.

Em 1975, o Banco Mundial publica seu primeiro documento específico para a área da saúde, intitulado “Salud: documento de política sectorial”, cuja pretensão era emitir opinião, pareceres e recomendações aos países membros. Tal documento afirma que “nos países em desenvolvimento, os grupos prósperos da população têm capacidade para obter a preços de mercado a maioria dos serviços de saúde que necessitam” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 37), deixando claramente exposto a necessidade da oferta de atenção à saúde direcionada apenas a população pobre, pois para a população com maior poder aquisitivo “não se justificam as subvenções públicas [...], qualquer que seja o critério que se invoque” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 37).

No que está relacionado aos trabalhadores, o documento citado aconselha que o “trabalhador de saúde tenha conhecimentos limitados de tratamento curativos, a fim de assegurar que disponha de tempo suficiente para realizar atividades ambientais e preventivas” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 52), sempre baseado na relação custo-benefício, e, acrescenta que “as instituições políticas, sociais ou religiosas locais poderão criar oportunidades para exercer esse tipo de vigilância (identificação de enfermidades) das condições de saúde da comunidade” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 52). Ou seja, parte de uma perspectiva de desresponsabilização estatal e se volta para a responsabilidade do indivíduo ou, no máximo, da sociedade civil.

Em 1987, o Banco Mundial divulga o documento “Financiando os Serviços de Saúde nos Países em Desenvolvimento: Uma Agenda para Reforma”, no qual, seguindo as orientações neoliberais, indaga sobre a intervenção estatal na operacionalização dos serviços de atenção à saúde, argumentando a necessidade de desvinculação direta do Estado nesse setor. No referido documento, o Banco Mundial propôs quatro reformas essenciais ao setor saúde: a cobrança aos usuários pelos serviços ambulatoriais, medicamentos e internações em hospitais públicos, as famílias com menos recursos receberiam comprovantes de pobreza; provisão de seguros obrigatórios para os empregados do setor formal; uso eficiente dos recursos não governamentais, estimulando os grupos sem fins lucrativos, como grupos de médicos e farmacêuticos, a oferecerem serviços de assistência médica e descentralização dos serviços públicos de saúde (BANCO MUNDIAL, 1987).

Já, em 1993, seguiu-se a produção de um novo documento, o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial – “Investindo em saúde”, em que o coloca como

responsável pelo direcionamento de políticas no setor saúde. Esse novo documento manteve, em termos gerais, as mesmas diretrizes propostas no documento de 75, porém acrescenta como novidade a análise da situação da saúde nos países em desenvolvimento, “sinalizando o interesse em financiar projetos específicos, especialmente aqueles destinados às reformas das políticas deste setor” (RIZZOTTO, 2000, p. 119).

Segundo o Banco Mundial:

Entre as medidas mais importantes que os governos podem tomar para melhorar a saúde de seus cidadãos estão, portanto, as políticas econômicas conducentes ao crescimento sustentado. [...] Nos anos 1980, muitos países empreenderam programas de ajuste e estabilização macroeconômica para combater graves desequilíbrios econômicos e passar a trilhar caminhos de crescimento sustentável. Tal ajuste é visivelmente necessário para que haja ganhos de saúde a longo prazo. (BANCO MUNDIAL, 1987, p. 08)

Assim, a relação do Banco Mundial com as políticas de saúde, como forma de reestruturar na ótica neoliberal as políticas sociais, aparece claramente no referido relatório de 1993, tendo como primeira premissa, o entendimento de que os serviços de saúde são bens privados, no qual sua apropriação é individual e em quantidades variáveis, portanto a responsabilidade de resolver seus problemas de saúde é do indivíduo e sua família, desresponsabilizando o Estado frente a serviços básicos antes ofertados à população.

A segunda premissa diz respeito ao descrédito das gestões das instituições públicas, principalmente à sua irresponsabilidade e incapacidade de gerir o dinheiro público, levando a um quadro de mercantilização da gestão financeira e prestação de serviços de saúde. Por fim, a terceira premissa é a ideia que há escassez de recursos públicos, mesmo que não haja análise sistematizada que comprove realmente essa dita escassez¹⁷. Deixam-se de lado as inúmeras variáveis que conduzem o processo saúde-doença e, “em su lugar se apela a las virtudes del mercado y a una contabilidad economica de cuestionable coherencia teorica y con serias dificultades tecnicas. incluso vista desde una perspectiva puramente

¹⁷ Como se pode comprovar mais a frente, quando se trata do financiamento das políticas de saúde, a escassez de financiamento está diretamente ligada à prioridade dada pelos Estados para o pagamento dos juros da dívida pública em detrimento do subsídio das políticas públicas de um modo geral.

econômica”¹⁸ (LAURELL, 2014, p. 05).

Como se vê no relatório de 1993 que:

Além de um pacote bem definido de serviços essenciais, a função do governo no tocante a serviços clínicos limitar-se-ia a capacitar melhor o mercado de seguros e atendimento de saúde para prestarem assistência discricionária, seja por meio da iniciativa privada, seja por meios do seguro social, impostos destinados a determinados fins, como esquemas de seguridade social ou outros esquemas de seguros obrigatórios. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 61)

Como visto, os primeiros documentos elaborados pelo Banco Mundial referente especificamente ao setor saúde traçam um novo quadro para as políticas de saúde dos países periféricos. Segundo a orientação da instituição multilateral, as políticas adotadas deveriam estar inscritas na atenção básica, utilizando procedimentos simples, baratos e passando a responsabilidade da melhora das condições de saúde aos indivíduos. E, claro, deixando a cargo da iniciativa privada o atendimento em níveis de maiores complexidades.

Como aponta o próprio Banco Mundial:

O princípio básico da reforma dos sistemas de saúde é a necessidade de mudar a orientação de tratamento individual caro das enfermidades como critério unicamente curativo, por outra de promoção da saúde sobre uma base contínua no nível da comunidade [...] O serviço de saúde reformada oferece atendimento curativos e medicamentos padrões e procedimentos simples que podem ser geridos no terreno pelos profissionais de saúde que tiveram um breve treinamento. (BANCO MUNDIAL, 1975, P. 432)

Nesse processo de transnacionalização do capital, caracterizada pela hegemonia dos grupos financeiros, as políticas de saúde acabam por reproduzir esse novo padrão de acumulação, convertendo a saúde, como explica Laurell (2014, p. 01) “en un ambito de apropiacion de las rentas financiera y tecnologica¹⁹.” Neste contexto de readequação capitalista, temos o seguinte quadro de transformações das políticas sociais:

El nexos concreto entre la "globalizacion" y las politicas de salud en America Latina es la creciente adopcion de politicas economicas de corte neoliberal que traen implícitas una nueva concepcion de la politica social bajo la cual se modela la politica de salud. Las politicas de ajuste y cambio estructural de la ultima decada no son, de esta manera, reductibles a un conjunto de

¹⁸ Em vez disso, ele apela para as virtudes do mercado e uma questionável consistência teórica econômica e sérias dificuldades técnicas, mesmo quando visto de uma perspectiva puramente econômica. (LAURELL, 2014, p. 05, tradução nossa)

¹⁹ Em um âmbito de apropriação das receitas financeiras e tecnológicas. (LAURELL, 2014, p. 05, tradução nossa)

medidas para controlar las variables macroeconomicas, privatizar las empresas estatales y iearlizar una apertura externa, sino que se inscriben en un proyecto global de (re)organizacion de la sociedad con una concepcion precisa sobre como satisfacer las necesidades sociales. (LAURELL, 2014, p. 02)²⁰

Considera-se que as transformações nas políticas sociais colocadas em prática a partir dos anos de 1980/1990 na América Latina, através dos organismos multilaterais, refletem uma nova dinâmica na organização social, caracterizada por uma “reestructuracion profunda de la matriz basica de lo **público** y la constitucion de los beneficios-servicios sociales en un ambito directo de acumulacion de capital” (LAURELL, 2014, p. 02, grifos do autor).²¹

Nessa perspectiva, Asa Cristina Laurell (2011) em seu trabalho intitulado “Dos Décadas de Reformas de Salud. Una Evaluación Crítica” traça um quadro geral das reformas realizadas nas políticas de saúde na América Latina. Segundo a autora, são duas as reformas implementadas, a primeira está diretamente ligada aos organismos multilaterais, através das condicionalidades impostas para a garantia de empréstimos.

Essa primeira reforma garantiu a abertura das políticas de saúde ao jogo neoliberal, através do o relatório do Banco Mundial de 1993, que caracterizava os serviços públicos como ineficientes, burocráticos, de alto gasto por parte do Estado. Dessa forma, a alternativa proposta para uma suposta melhoria dos serviços de saúde seria uma reforma no papel do Estado e da iniciativa privada. Essa redefinição no papel do Estado se dava com a redução de suas funções destinadas a seguridade social, como a saúde. O Estado, a partir de então, atua garantindo apenas os serviços essenciais aos mais pobres e regulando do terceiro setor²², que entra de forma decisiva nesse processo. Portanto, cabe ao indivíduo, à família e, por fim, aos empresários a responsabilidade dos cuidados com a saúde.

²⁰ Ligação concreta entre a "globalização" e as políticas de saúde na América Latina é a crescente adoção de políticas econômicas neoliberais que trazem implícitas uma nova concepção de política social em que a política de saúde é modelado. As políticas de ajuste e mudança estrutural da última década não são, portanto, reduzida a um conjunto de medidas para controlar variáveis macroeconômicas, privatizar estatais e realizar uma abertura externa, mas são parte de um projeto global (re)organização da sociedade com a concepção precisa quanto as necessidades sociais (LAURELL, 2014, p.02, tradução nossa)

²¹ Grande reestruturção da matriz básica do público e a constituição de benefícios de serviços sociais em uma esfera direta de acumulação capital. (LAURELL, 2014, p. 02, tradução nossa)

²² O terceiro setor constitui-se na esfera de atuação pública não-estatal, formado a partir de iniciativas privadas, voluntárias, sem fins lucrativos, no sentido do bem comum. Nesta definição, agregam-se, estatística e conceitualmente, um conjunto altamente diversificado de instituições, no qual incluem-se organizações não governamentais, fundações e institutos empresariais, associações comunitárias, entidades assistenciais e filantrópicas, assim como várias outras instituições ditas sem fins lucrativos.

Em resumo, Laurell constata o resultado dessa primeira reforma:

El posicionamiento de um nuevo discurso de salud, incluyendo una redefinición de que calificar como factible y viable; la apertura de um nuevo ámbito de ganancia privadas; la rearticulación del sistema de salud em conjunto bajo uma lógica mercantil; la desarticulación de lós servicios públicos con el resultado del debilitamiento de la salud publica y la salud colectiva; la reducción de la responsabilidad social del Estado; la redefinición de conceptos de universalidad y equidad al tiempo que suprime el derecho a la salud como valor y objetivo a alcanzar. (LAURELL, 2011, p. 08)²³

A segunda reforma compreende a implementação do “Seguro Universal”, o qual é defendido devido ao desmonte dos sistemas de saúde, os programas direcionados estritamente a população pobre e a entrada em cena dos fundos de saúde. O Seguro Universal é caracterizado pelo subsidio por parte dos Estados aos fundos de saúde a fim de garantir um seguro para os pobres. Porém, a questão que não aparece claramente é que esses fundos de saúde “son claves para que haya un mercado solvente y cuja administración se convierte en un nuevo negocio para los grandes grupos financieros” (LAURELL, 2011, p. 30)²⁴.

Os organismos multilaterais não se omitiram diante dessa segunda reforma, pelo contrário, tanto o Fundo Monetário Internacional (FMI), quanto o próprio Banco Mundial divulgaram documentos reafirmando a importância dos fundos de saúde e do Seguro de Saúde. Porém, as duas instituições insistem em que haja uma definição dos pacotes de serviços, além do cuidado com os recursos financeiros, sempre apontando para o co-pagamento dos serviços de saúde.

Tem-se o Chile como exemplo mais emblemático, visto que é nesse país em que ocorre a primeira experiência concreta da idéias neoliberais. Segundo Labra (2001), durante a ditadura de Pinochet foi apresentado ao governo um projeto que transformaria por completo o setor saúde no país, privatizou-se o sistema previdenciário através da transferência dos fundos de Seguro Social, baseando-se no regime de capitalização individual e, assim, eliminando o aporte estatal e suas empresas públicas. A consequência direta foi a desvinculação entre previdência

²³ O posicionamento de um novo discurso da saúde, incluindo uma redefinição do que qualifica como factível e viável; abrindo novo campo de ganho privado; a rearticulação do sistema de saúde sob a lógica comercial; o desmantelamento dos serviços públicos com o resultado do enfraquecimento da saúde pública e da saúde coletiva; reduzir a responsabilidade social do Estado; redefinindo conceitos de universalidade e equidade enquanto suprime o direito à saúde como um valor e meta a atingir (LAURELL, 2011, p. 08, tradução nossa)

²⁴ são fundamentais para que haja um solvente de gestão do mercado e que se torna um novo negócio para grandes grupos financeiros. (LAURELL, 2011, p. 30, tradução nossa)

social e a saúde, provocando a extinção do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e criando o Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS), separação entre funções executivas, financeiras (Fundo Nacional de Saúde) e Político (Ministério da Saúde), a transferência da atenção primária a organizações de direito privado, efetivou-se o acesso ao regime de livre escolha no SNSS, criou-se a contribuição de 7% da renda dos trabalhadores assalariados para a saúde, criação das Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) como intermediadoras financeiras de planos de saúde e a estratificação do acesso aos serviços estatais segundo a renda do usuário. “Em linhas gerais, esse redesenho do sistema de saúde se mantém até hoje no Chile” (LABRA, 2001, p. 369).

Mas também há outros casos marcantes na América Latina de desmonte dos serviços públicos de saúde, como o que ocorreu na Colômbia, que já em 1993 assinava a lei 100, marco da entrada das políticas neoliberais no país, com a separação de:

Las funciones de regulacion, administracion del financiamiento y prestacion de servicios, descentralizar el sistema publico al nivel local para el desarrollo de un Plan de Atencio Basica y convertir las unidades publicas de prestacion de servicios en empresas autonomas, fundar las Empresas Promotoras de Salud (EPS), administradoras de los fondos y vendedoras de planes de salud, y las Instituciones Prestadores de Salud (IPS) privadas o publicas e introducir los principios de mercado abierto y libre eleccion del usuario. (LAURELL, 2014, p. 05)²⁵

A lei 100 definiu o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) na Colômbia, no qual a saúde é entendida como um serviço público de responsabilidade do Estado, podendo ser prestado por entidades privadas. O SGSSS se caracteriza pela centralidade dada à prestação de saúde individual, cabendo ao Estado à função reguladora das ações de saúde, como um modelo de mercado em que há separações de funções e na cidadania regulada. Nesse sentido, há uma separação entre a promoção da saúde, administrada pela iniciativa privada denominadas “Promotoras da Saúde” (EPS), e prestação de serviços de saúde, por “Instituições Prestadoras de Serviços” (IPS), podendo ser públicas ou privadas.

No caso da Argentina tem-se início no ano de 1996, apresentando no

²⁵ As funções de regulação, financiamento e gestão da prestação de serviços, descentralizando o sistema público a nível local para o desenvolvimento de um Plano de Atenção Básica e converter as unidades em postos públicos em autonomas companhias de serviço, fundar as empresas de promoção saúde (EPS), gestores de fundos e venda de planos de saúde e Instituições Prestadoras de Saúde (IPS) públicas ou privadas e introduzir os princípios de mercados abertos e livre escolha das instituições usuárias. (LAURELL, 2014, p. 05, tradução nossa)

decorrer do processo profundas particularidades, como a intrínseca relação às instituições públicas de saúde, as organizações sociais e os prestadores privados de saúde. Fato que pode ser compreendido pela crise econômica que havia se instalado no país, a qual foi contida através de empréstimo do Banco Mundial. Laurell, mais uma vez expõe as consequências desse acordo:

La reforma, acordada con el Banco y plasmada en los decretos mencionados, mantiene la obligatoriedad del aseguramiento y establece la libre elección del usuario entre las obras sociales y los seguros privados, un mínimo de servicios esenciales de salud el Programa Médico Obligatorio (POM) con un costo fijo, pero con un pago adicional por consulta y medicamentos y un límite del tiempo de hospitalización, un costo adicional para planes o servicios más amplios, un subsidio a los asegurados cuyo salario no alcanza para pagar la cuota correspondiente al POM, la autogestión de hospital público, previamente descentralizado, y un tope de los gastos de administración. (LAURELL, 2014, p. 05)²⁶

Mas há casos na América Latina cujos processos de lutas e organização acaba por se diferir dos casos de privatização direta dos serviços públicos de saúde dos países acima citados, nesses casos podemos citar a Venezuela, a Bolívia, o Equador, Cuba e Brasil. Esses países organizam seus sistemas de saúde dentro de uma óptica coletiva, de atenção universal, em detrimento das especulações do mercado²⁷. Venezuela, Bolívia e Equador trazem em suas novas constituições “la reconstitución del Estado Social y la protección a las instituciones públicas de bienestar prohibiendo su privatización” (LAURELL, 2011, p. 11).²⁸

Porém, quando se trata especificamente do caso brasileiro, temos em 1988 a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema complexo que abarca todos os níveis de atenção à saúde, resultado de uma conquista histórica do movimento sanitário, durante um período de intensa mobilização nacional, marcado pela redemocratização. É importante ressaltar que a conquista do SUS, e desde então, sua consolidação, foi e é marcado pela disputa sistemática de um lado pela defesa da saúde como direito social e do outro pela abertura do sistema para a

²⁶ A reforma, acordada com o Banco e refletidas nesses decretos, mantém a obrigatoriedade do seguro e fornece para o usuário livre eleição entre as obras de seguros sociais e privados, um mínimo de serviços essenciais de saúde do Programa Médico Obrigatório (POM) com um custo fixo, mas com um pagamento adicional para consulta e medicamentos e tempo de internação limitado, um custo adicional para os planos, um subsídio para os segurados cujo salário não é suficiente para pagar a taxa para o POM, auto-gestão do hospital público, anteriormente descentralizada, e um leque de despesas administrativas. (LAURELL, 2014, p. 05, tradução nossa)

²⁷ Frisamos que a análise detalhada da situação do sistema de saúde de cada país citado foge do alcance do trabalho, o intuito é traçar um quadro da situação dos países da América Latina, visto que em generalidade as políticas direcionadas a esses países seguem a mesma linha teórica e ideológica.

²⁸ Reconstituição do Estado e à proteção da instituições de bem-estar público que proíbe sua privatização. (LAURELL, 2011, p. 11, tradução nossa)

iniciativa privada. Dessa forma, trataremos de maneira específica a seguir o sistema de saúde brasileiro, seus avanços, suas contradições e o atual processo de investida neoliberal que vem passando, segundo o objetivo principal do presente trabalho.

2.3 SUS: universalização X privatização

Analisar a reorganização do SUS dentro da óptica neoliberal requer antes de qualquer coisa o entendimento do período anterior, período esse que diz respeito ao processo de construção de um sistema de saúde público e gratuito, dentro do contexto da Seguridade Social no Brasil, marcado por disputas políticas, ideológicas e econômicas, ou seja, por contradições que se entrelaçam e se confrontam a todo instante.

Até a década de 1980 a política de saúde no Brasil passou por inúmeras mudanças, nos primeiros anos da ditadura militar a atenção à saúde era direcionada apenas aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho, através das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) e depois por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), organizados primeiro por empresas, e segundo a partir de categorias profissionais específicas.

O período da ditadura militar (1965-1985) possibilitou a maior abertura para o capital internacional no país, foi marcada pela implementação de um novo modelo econômico-político e social de desenvolvimento, político e social de desenvolvimento. Em relação à saúde, a ditadura veio por reafirmar a lógica privatista de estruturação dos serviços de atendimento hospitalar privado, construído desde os anos 1950, havendo um retrocesso das questões ligadas à saúde pública e valorização da medicina previdenciária. Portanto, é durante a ditadura militar que segundo Teixeira (1988) ocorre:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, viam indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;

- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

A organização de diversos setores da sociedade civil promoveu um amplo processo de mobilização relativo ao período de redemocratização política do país e, no que tange a política de saúde, entrou-se em cena a discussão de uma nova perspectiva de assistência. Os anos de 1980 são um marco na história do país, pois é nessa década que as transformações sociais experimentadas de forma inédita no Brasil ganham força, marcadas sempre pela disputa entre o público e o privado.

As discussões referentes às condições de saúde da população são um exemplo desse processo de redemocratização, ou melhor, a saúde passa a ter importância política vinculada a redemocratização, sendo pensada e formulada enquanto força política. Nessa perspectiva, novos sujeitos sociais se inserem na discussão das “condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil” (BRAVO, 2015, p. 08).

Destaca-se que esses novos sujeitos são, os profissionais da saúde, representados por suas entidades, o movimento sanitário, vinculado ao Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos. As discussões desses personagens, nessa trama política, apresentavam propostas bastante progressivas em relação à saúde pública. A pauta defendida dizia respeito à:

A universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um

novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2015, p. 09)

Como marco histórico desse processo, não se deve deixar de citar a 8ª Conferência de Saúde, com o tema “A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial”, ocorrida em Brasília em março de 1986, contou com a participação das entidades dos profissionais de saúde, sindicatos, movimentos populares, partidos políticos de caráter progressista. Em suma, a conferência contou com uma ampla participação dos movimentos organizados da sociedade civil.

Após a 8ª Conferência de Saúde veio a Assembléia Constituinte, palco de uma dura disputa de interesses que se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais e da Associação de Indústrias Farmacêuticas e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte.

Mesmo com todo o certame, a Constituição Federal de 1988 acaba por promulgar a saúde como direito de todos e dever do Estado²⁹, após acordos políticos e pressão popular, inserida no tripé da Seguridade Social, políticas de saúde, previdência social e assistência social. Os principais pontos garantidos na nova constituição foram o direito universal à saúde - devendo o Estado garanti-la, a relevância pública das ações de saúde, a constituição do Sistema Único de Saúde em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e integral, a garantia da participação da comunidade, a atuação do setor privado no sistema de saúde restrita ao caráter complementar e a proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Porém, questões centrais não tiveram seu caráter definido, como era necessário, entre elas podemos destacar o caso do financiamento, o qual não foi definido porcentagens ou mesmo a origem do dinheiro dentro do orçamento da união, dos Estados e Municípios. Apesar de estar previsto inicialmente, nas disposições transitórias da constituição federal, que 30% do orçamento da seguridade social seriam voltado para gastos com a saúde, logo com a promulgação da lei 8080/90 esse dispositivo foi encerrado, gerando uma redução de 20, 95% do

²⁹ Seção II da Constituição Federal, artigo 196.

orçamento direcionado à saúde. Um exemplo que mostra claramente o interesse em não garantir orçamento para a Seguridade Social ocorre em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (transformado posteriormente no FEF – Fundo de Estabilização Fiscal – e hoje, Desvinculação das Receitas da União – DRU), quando foi definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições estariam disponíveis para uso do governo federal³⁰.

No ano 2000 foi aprovada a emenda constitucional 29 (EC 29), uma vitória em termos de luta para a definição do financiamento do Sistema Único de saúde. Tal emenda estabelecia que os estados e municípios devessem, inicialmente, alocar no mínimo 7% das suas receitas na área da saúde, e, até no ano de 2004, atingir o mínimo de 12% no caso dos estados e 15% no caso dos municípios (CISLAGHI, 2015). E, que a União deveria participar com 5% de seu orçamento no primeiro ano, seguido de uma correção anual desse valor de acordo com a variação do Produto Interno Bruto.

Entretanto, a aprovação da EC 29 não conseguiu assegurar que o problema do financiamento do SUS fosse solucionado,

Nenhuma das esferas governamentais cumpriu a vinculação prevista. No nível federal o Ministério do Planejamento considerou como ano-base para o cálculo da EC 29 o ano de 1999 e não o de 2000, como defendia o Ministério da Saúde, o que significou uma redução de 1,19 bilhões de reais no orçamento de 2001, perdas que se acumularam nos reajustes seguintes. Nos estados observa-se que o percentual mínimo não tem sido aplicado em muitos casos, o que somado significava, apenas até 2002, 3,6 bilhões de dívida com o SUS. Nos municípios, apesar do percentual mínimo estar sendo aplicado, o que era para ser o piso transformou-se em teto, isto é, os recursos mínimos não se ampliam mesmo quando as necessidades locais são maiores (CISLAGHI, 2015, p. 06).

Outra questão que merece atenção é a brecha deixada no corpo do texto da lei 8080/90 referente à possibilidade da complementaridade do setor privado na prestação de serviços de saúde ligados ao SUS. Não há como negar que tal medida expressa de maneira contundente a disputa gerada no momento de construção da política de saúde brasileira e, mesmo com o avanço social demarcado pelo movimento da reforma sanitária, se torna um instrumento utilizado para inverter a

³⁰ A DRU (Desvinculação de Receitas da União) é um dos principais mecanismos para a drenagem dos recursos orçamentário das políticas sociais no Brasil, direcionando-o para o capital financeiro. Mecanismo que atinge em cheio a Seguridade Social, pois a DRU transfere os seus recursos para o orçamento fiscal com o propósito de pagamento da dívida pública. Assim, a DRU, segundo Silva (2009), possibilitou o repasse de bilhões de reais das políticas sociais para o grande capital, alimentando ativamente o mundo das finanças.

lógica da universalidade, integralidade e equidade. Ou seja, a criação do Sistema Único de Saúde foi uma verdadeira revolução na política de saúde brasileira, mas ao mesmo tempo foi um ganho institucional, possuindo inúmeros entraves para a sua real consolidação.

Esse período de efervescência brasileiro, com a luta pela redemocratização, coincide com uma grave crise econômica iniciada no fim dos anos 1970 e que continuou pelos anos de 1980, proveniente da política de endividamento da ditadura militar, dos dois choques do petróleo³¹ e do aumento dos juros realizado pela Reserve Federal dos Estados Unidos da América. Segundo Paiva e Teixeira:

A dívida externa brasileira elevou-se 142% entre o final de 1978 e o final de 1983; esse aumento exponencial deixou o Brasil vulnerável a pressões externas, o que explica a assinatura, em 1983, de um acordo com o Fundo Monetário Internacional (FMI) que continha uma série de exigências desfavoráveis ao país, como a liberalização da economia e o controle do *déficit* público. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 09)

Portanto, o decurso entre a luta pela redemocratização e o início da tensão pela implementação das políticas de cunho neoliberal no país acabam se entrecruzando, gerando conflitos e contradições. Nesse sentido, a organização do sistema de saúde brasileiro sempre se deu pela disputa de duas linhas de atuação antagônicas, de um lado pela consolidação do Sistema Único de Saúde pautado na saúde com direito a ser mantido pelo Estado e de outro pela lógica privatista e mercantil da saúde.

Nesse sentido,

Se o contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980 havia contribuído para o debate político da saúde no período de consolidação dos princípios do SUS – equidade, integralidade e universalidade –, nos anos 1990 a concretização desses princípios gerou tensões contínuas em um momento em que a concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo em ascensão na Europa e nos EUA, propunha restringir a ação do Estado na regulação da vida social. A onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos vários países repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994,

³¹ O primeiro ocorreu no final de 1973 com o aumento excessivo do preço do barril de petróleo pelos países exportadores, gerando uma recessão a partir de 1974 de parte das economias mundiais, dessa forma, o comércio internacional se contraiu e os preços das exportações brasileiras despencaram. O segundo choque ocorreu no final de 1979 com o aumento do preço do barril de petróleo, elevando as principais taxas de juros internacionais também se elevaram, inclusive os juros da dívida externa.

na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado. O SUS encontraria, nesse contexto, seu estrutural cenário de crise. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 12).

Assim sendo, os anos de 1990 simbolizam uma mudança em relação à atuação do Estado, seguindo o projeto de ajuste neoliberal sob forte influência dos organismos multilaterais internacionais. Nesse contexto de ajuste neoliberal, ocorre o que foi denominado de Contrarreforma do Estado, através do Plano Diretor da Reforma do Estado³², isto é, o Estado assume o papel de gerenciador público e não mais de administrador, preconizando a eficiência, a redução dos custos, a produtividade e a descentralização. Em síntese, 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, 2015, p. 13).

No Brasil, as orientações neoliberais foram acolhidas, na chamada transição democrática, pelos governantes, empresários, por lideranças sindicais³³ e por intelectuais brasileiros ainda na década de 1980 e intensificou-se nos anos 1990, nomeadamente no governo de Fernando Henrique Cardoso. A adesão ao neoliberalismo não ocorreu da mesma forma em todos os governos da Nova República, tanto que logo no início sofreu significativa oposição. Mas foi tão eficaz que o marketing organizado pela grande imprensa brasileira que colocou na defensiva aqueles que se mantinham críticos ao neoliberalismo. As divergências decorrentes das medidas pontuais ou das disputas entre frações da burguesia não inviabilizaram a formação de certo consenso em torno das saídas para a crise e das alternativas para a inserção na economia mundial. (SILVA, 2003, p. 69)

A contrarreforma do Estado brasileiro, no governo Fernando Henrique Cardoso, liderada pelo então Ministro de Administração e Reforma do Estado,

³² O Plano Diretor de Reforma do Estado foi elaborado pelo Ministério da Administração em setembro de 1995, tendo como membros construtores Bresser Pereira, então Ministro de Administração Federal e Reforma do Estado, o Ministro do Trabalho Paulo Paiva, o Ministro da Fazenda Pedro Malan, o Ministro do Planejamento e Orçamento José Serra e o Ministro Chefe do Estado Maior das Forças Armadas General Benedito Onofre Bezerra Leonel. O referido plano tinha como objeto promover reformas estruturais do Estado brasileiro adequando-as as diretrizes neoliberais de abertura econômica. Segundo o Bresser Pereira (2015), “a reforma gerencial do Estado de 1995 faz distinção entre as atividades exclusivas do Estado e as atividades sociais e científicas: o Estado deve executar formalmente as primeiras, enquanto financia as outras, que devem ser executadas por organizações públicas não-estatais”.

³³ Segundo Ilse Gomes Silva (2003), A Força Sindical (criada em 1991) apoiou a implantação das políticas de cunho neoliberal no Brasil, inclusive escrevendo, em 1993, um documento intitulado “Um projeto para o Brasil: a proposta da Força Sindical”, em que corrobora com a tendência neoliberalizante, constituindo um dos pilares para a hegemonia neoliberal no país. Em relação a Central Única dos Trabalhadores (CUT), que possuía um peso de organização menor, embora contrária a tais propostas, acabou por priorizando a luta por compensação trabalhista do que se organizando em mobilizações contra a implementação do neoliberalismo no Brasil.

Bresser Pereira, nos anos 1990, pretendia resolver quatro problemas principais: a delimitação do tamanho do Estado; a redefinição do papel regulador do Estado; a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de programar as decisões políticas tomadas pelo governo; o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade, e governar (PEREIRA, 2016a).

Segundo Bresser Pereira (2016a), para resolver a questão do tamanho do Estado seria necessário implementar medidas como privatização, publicização e terceirização; para redefinição do Estado deveria ser posto em destaque a redução do tamanho do Estado, enfatizando seu papel regulador, para que se pusesse readquirir a governança dever-se-ia redefinir o plano econômico-social e superar a burocratização administrativa do Estado e para que se pudesse aumentar a governabilidade pretendia-se legitimar o governo perante a sociedade e adequar as instituições políticas para intermediação dos interesses.

Nesse sentido, a reconstrução do Estado se fazia necessária, pois “promove o ajuste fiscal, o redimensionamento da atividade produtiva do Estado e a abertura comercial” (PEREIRA, 2016b, p. 10), além de que “pode ser meramente conservadora quando se concentra na flexibilização dos mercados de trabalho; mas que se torna progressista quando aprofunda o regime democrático e amplia o espaço público não-estatal” (PEREIRA, 2016b, p. 15). Em suma, encontra-se um pacote de medidas que desregulamentaria a responsabilização estatal na promoção e implementação das políticas sociais, repassando-a a sociedade, ao mercado.

A saúde, diante desse cenário, vincula-se ao mercado, repassando a responsabilidade da assistência à população e à sociedade civil, por meio de filantropização. Bravo (2015, p. 14) destaca que com relação ao SUS, “apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral”.

Os problemas referentes à consolidação do Sistema Único de Saúde são inúmeros e, prosseguindo com os apontamentos de Bravo (2015, p. 14), destaca-se “o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade”. Deste modo, a propositura dos responsáveis pela Reforma do

Estado brasileiro seria dividir o Sistema Único de Saúde em básico, voltado para atenção primária e outro ligada à assistência de média complexidade, hospitalar.

Reabre-se a disputa entre três projetos para a saúde do Brasil, um em defesa do SUS, seguindo os preceitos defendidos pela reforma sanitária, outro é o projeto privatista atrelado ao mercado e, por último, intitulado por Maria Inês Bravo de a “reforma sanitária flexibilizada”, seguindo o percurso das terceirizações.

Com tal característica, ainda que apresente um processo mais recente do que comparado aos demais países latino-americanos marcados pelo ajuste neoliberal, o Brasil vêm caminhando para o desmonte do SUS, consequência dos novos modelos de gestão imposta pelo Banco Mundial, através do endereçamento de alguns importantes documentos sobre apontamentos referentes à gestão em saúde, como o documento intitulado “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, no ano de 1991; outro intitulado “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, em 1995. Marcando, dessa forma, uma nova orientação para efetuação das políticas públicas de saúde no país.

No documento “Brasil: novo desafio à saúde do adulto” (1991), o Banco Mundial expõe que no Brasil “as realidades fiscais colidem com os sonhos de despesas alimentados pelo processo de democratização e pela Constituição de 1988” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 11), caracterizando um mal prognóstico para o sistema de saúde brasileiro, pois a implementação do direito ao acesso gratuito e universal à saúde “exerceria significativo efeito sobre a procura e o custo dos serviços médicos públicos” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 32). Portanto, nesse documento a proposta direcionada ao Brasil é a de que “os programas devem orientar-se especificamente para os pobres e considerar explicitamente a sua situação” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 07), apontando para o fim do modelo brasileiro paternalista e centralizador, abrindo caminho para “respostas criativas em todos os níveis de governo, pelo setor privado, por organizações não governamentais e, individualmente, pelo cidadão” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 122).

Já no documento de 1995 “A organização e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” se volta a alertar que a “firme tendência para a universalização da cobertura trará, por si só, um aumento significativo nas despesas se as promessas públicas forem mantidas” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 52).

Segundo Correia:

No documento de 1995, a agenda de reformas do setor saúde para o Brasil

é definida com maior precisão através de recomendações e estratégias de curto e médio prazo. Esta se confronta com a agenda de reformas propugnada pelo Movimento Sanitário inserida no arcabouço legal do SUS. As propostas contidas nesse documento estão em consonância com as recomendações do BM para as políticas econômicas e sociais dos países dependentes, tendo como eixo a lógica do mercado e do custo/benefício, a ampliação do setor privado, à descentralização da operacionalização dos serviços para a sociedade como medida de desresponsabilizar o Estado. A agenda do BM para o Brasil é absorvida nos documentos elaborados para orientar a reforma do Estado implementada pós-95, durante o governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso. (CORREIA, 2007, p 03)

Rizzotto, ampliando a análise sobre tais documentos emitidos pelo Banco Mundial, corrobora com a análise de Correia, explicando que:

O núcleo temático dos dois documentos do Banco constitui-se em uma avaliação genérica do Sistema Único de Saúde brasileiro, com ênfase nos aspectos da relação custo-benefício dos serviços e, na defesa da necessidade de reformas constitucionais e institucionais vinculadas a este setor. As propostas de reformas apresentadas como fundamentais para ampliar a assistência à saúde dos mais pobres, em realidade contribui com a tendência de anular ou reduzir os direitos de saúde conquistados pela sociedade brasileira e consagrados na Constituição Federal de 1988. (RIZZOTTO, 2000, p. 154)

A partir dos anos de 1990, não por caso, intensifica-se o montante de empréstimos endereçados ao Brasil pelo Banco Mundial, através de empréstimos ao setor saúde, justamente o período de ajuste neoliberal, no qual o Banco Mundial se volta para a questão da pobreza e, em que a saúde converte-se em interesse financeiro a nível internacional. Além de que o aumento do volume de empréstimos é ampliado pelo referido organismo multilateral relaciona-se com o aumento de doenças transmissíveis, entendido pelo governo estadunidense, e dessa forma pelo próprio Banco Mundial, como caso a ser tratado como de segurança nacional.

Outro aspecto de significância é que esse aumento nos acordos de empréstimos coincide, particularmente, com o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, governo no qual há abertura ao neoliberalismo. Não estranhamente, é nesse momento em que o Brasil fica entre os 10 maiores prestatários do Banco e, no contexto da América Latina e Caribe no exercício de 1999, foi o segundo colocado, apenas atrás da Argentina (RIZZOTTO, 2000).

Assim, seguindo as recomendações de ajuste do Estado brasileiro, o Ministério da Saúde lança alguns documentos que seguem a mesma linha política contida no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado, como é o caso do documento intitulado “Informe Sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil”, exposto

na reunião extraordinária organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial em 1995 sobre a Reforma Sectorial de Saúde.

Nesse documento, segundo Rizzoto, o Ministério da Saúde traça as seguintes diretrizes para as reformas no setor saúde brasileiras:

1 A instalação de um processo permanente de mudança cultural, em que o cidadão será cada vez menos um paciente e cada vez mais um cliente e agente participante do setor saúde em várias instâncias e oportunidades; 2 A consolidação de um sistema público nacional, com capacidade técnico-operacional e administrativa renovada e reconhecida e com teleinformatização abrangente e oportuna à conscientização social e aos centros decisórios gestores; 3 A organização de um sistema assistencial privado, devidamente regulamentado; 4 O funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado, estimulador da qualificação com a redução de gastos; 5 A adoção de modelos técnico-operacionais inovados e inovadores; 6 O estabelecimento de um sólido e inovado sistema de acompanhamento, controle e avaliação e; 7 uma prática gestora permanentemente descentralizadora e desconcentradora. (RIZZOTTO, 2000, p. 201)

Tais formulações propostas pelo Ministério da Saúde têm como objetivo claro a promoção de medidas que alteram a estrutura da política de saúde no Brasil, corroborando em grande medida com as diretrizes traçadas pelo Banco Mundial e se aproximando em maior grau com as políticas de saúde implementadas a nível internacional, garantindo os acordos de empréstimos, como é o caso do pleito para financiamento do REFORSUS³⁴.

Podem-se citar outros documentos publicados pelo Ministério da Saúde que possuem o mesmo escopo de reforma, entre eles o “Plano de Ação do Ministério da Saúde” (1995-1999) que trata das indicações políticas para o setor saúde no governo de Fernando Henrique Cardoso, o “Balanço da saúde no Governo FHC”, o “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS” e o “Plano Quinquenal de Saúde – 1990/95: A Saúde no Brasil Novo”.

Em todos esses documentos as orientações vão se afunilando e se materializando, carregando consigo a tarefa de “modernizar” e “racionalizar” a política de saúde. Para isso, a melhor alternativa seria a de promover uma maior

³⁴ O REFORSUS, Programa de Reforço à Reorganização do SUS, é uma iniciativa do Ministério da Saúde contando com o financiamento do BID e do Banco Mundial, aprovado em outubro de 1995. Tal projeto contém em suas diretrizes gerais direcionamento do Plano de Reforma do Estado brasileiro e tem por finalidade a reforma da política de saúde. É nesse documento em que são apresentadas as propostas de descentralização, focalização e criação de estratégia de responsabilização dos estados e municípios. Inclui também a preocupação com regulamentação da prestação assistencial pela iniciativa privada.

descentralização do SUS, repassando, principalmente, aos municípios a responsabilidade de organizar a assistência à saúde, pois ressaltam que a descentralização garante uma maior agilidade e flexibilidade do sistema, com maior controle da qualidade e dos custos, favorece o controle social, e que a criação de “subsistemas permitem a competição saudável, que proporciona um maior compromisso dos gestores a nível municipal posto que implique numa auditoria permanente em nível municipal sendo mais eficiente que a centralizada” (RIZZOTTO, 2000, p. 204).

Na realidade, o que está posto nessa reforma é a necessidade, como foi dito anteriormente, da separação entre a atenção básica e a atenção hospitalar, com o argumento de que o setor hospitalar é o que gera maiores custos para os cofres da união. Em vista disso, o Ministério da Saúde vêm promovendo a racionalização do atendimento hospitalar, com a finalidade de reduzir as internações desnecessárias e reduzir custos.

Rizzotto (2000, p. 209) expõe que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 1999, “na área hospitalar, a mais lucrativa do setor de saúde, a quantidade de leitos privados é de 341.427, que corresponde a 70,4% do total, ao passo que os leitos públicos são 143.518”, o que significa 29,5% do total de leitos disponíveis para internações no Brasil, fato que torna esse setor bastante atraente. Já no ano de 2009, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) vinculado ao DATASUS, atualiza esse número para 34,8% de leitos hospitalares públicos disponíveis, sendo um total de 178.338 leitos e 65,2% de leitos hospitalares privados, num total de 333.578 leitos.

Esses dados ajudam a desvelar o processo de reforma e redefinição do papel do Estado no campo da saúde, em que o setor público ficaria com a responsabilidade pela prestação de serviços de atenção primária à saúde e, a iniciativa privada, filantrópica, entidades sem fins lucrativos e hospitais públicos, transformados em organizações sociais ou em algo semelhante, disputariam a prestação de serviços de atenção terciária, que em parte e por algum tempo continuariam sendo compradas pelo Estado, mas que aos poucos, a atuação deste tenderia a ficar restrita a formulação de políticas, a regulamentação e a avaliação dos sistemas, contribuindo com a oferta dos serviços que não são do interesse do mercado, ou que se constituem em “bens públicos” ou contêm “grandes externalidades”, para usar as palavras do Banco Mundial (RIZZOTTO, 2000, p. 209)

Portanto, é nos anos de 1990 que começam a ser desenhadas as diretrizes referentes à gestão dos hospitais públicos brasileiros. Período em que se iniciam os apontamentos para a criação das Organizações Sociais (OSS) e

Fundações Estatais de Direito Privado como alternativa de gestão, ou melhor, em que a gestão dos hospitais é repassadas a iniciativa privada, filantrópica, entidades sem fins lucrativos e hospitais públicos, transformados em organizações sociais ou em algo semelhante, disputariam a prestação de serviços de atenção terciária (RIZZOTTO, 2000).

Chegando aos anos 2000, mesmo com toda expectativa em torno da eleição de Luís Inácio Lula da Silva ao posto de presidente da república (2003) e a perspectiva da defesa do SUS, seguindo os princípios preconizados pela reforma sanitária, uma vez que um partido tido de esquerda e progressista alcançava pela primeira vez na história do Brasil o cargo mais alto da burocracia estatal, o quadro precarização e desmonte do Sistema Único de Saúde se mantêm, aliás, se intensifica. Tem-se uma ampliação da relação público-privado na saúde pública brasileira e a manutenção do subfinanciamento do sistema³⁵. Corroborando com o último documento endereçado ao Brasil pelo Banco Mundial, em 2007.

Documento este que, inclusive, foi construído por encomenda do Ministério da Saúde brasileiro, e tem por título “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento”. Nele há uma avaliação do SUS e a proposição de que se deve aumentar a qualidade do sistema através da gestão e racionalização dos gastos públicos. De acordo com o próprio Banco Mundial:

A chave para o sucesso da gestão autônoma ou descentralizada é um compromisso de gestão, que define claramente a *accountability* e os poderes da unidade, as metas a serem alcançadas e as atividades a serem desenvolvidas, as necessidades de recursos, critérios claros para a avaliação do desempenho da unidade, e as penalidades para o não cumprimento de objetivos. O compromisso de gestão tem sido utilizado, sobretudo em modelos de gestão autônoma ou privada. Contudo pode ser utilizado em modelos de gestão descentralizada na área da administração direta, desde que as unidades tenham um grau suficiente de autonomia gerencial e financeira para poderem ser responsabilizadas por seu desempenho (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 80).

³⁵ Há claro, que se fazer uma distinção fundamental dos governos de Fernando Henrique Cardoso (PSDB) e de Luís Inácio Lula da Silva (PT). O primeiro se refere a um governo claramente direitista alinhado com as demandas neoliberais mundiais, e que as implementa de maneira incisiva. Já o governo Lula chega à presidência da república brasileira num contexto de contestação das políticas de cunho neoliberal, as quais tem expressão em outros países da América Latina, como Venezuela e Bolívia. Mas ao invés da radicalização em relação às políticas sociais, à reforma agrária no país adota o que Castelo (2012) denomina de “social-liberalismo”, que consiste numa agenda focalizada em questões explosivas da “questão social”, alinhado as diretrizes neoliberais.

As ações empreendidas pelo governo Lula, como o estabelecimento de uma fonte permanente de recursos das dívidas dos estabelecimentos privados filantrópicos com a Previdência Social em 2006, manteve o financiamento aos hospitais privados filantrópicos e Santas Casas através da Caixa Hospitais. Lançou, em 2008, com apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Ministério da Saúde, o Programa de Financiamento da Acreditação para os hospitais privados, disponibilizando cerca de 250 milhões de reais e, em 2009 aprovou uma nova lei das entidades filantrópicas, lei 12.101/2009, a um só tempo tornando mais rigoroso o processo de concessão do certificado de filantropia e flexibilizando o percentual obrigatório de ocupação dos leitos para atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (LIMA, 2015).

Porém, Bravo (2015, p. 22) explica que nos “oitos primeiros anos de governo do Partido dos Trabalhadores (PT) houve pontos nos quais se direcionava políticas e/ou programas valorizando a perspectiva pública da saúde”. A autora acaba por caracterizar o Governo Lula atuando em duas frentes, uma trazendo “aspectos de inovação” e outra associada a “continuidade” das políticas de saúde dos anos 90. Mantendo, dessa forma, a disputa entre os dois projetos de cunho ideológicos distintos para saúde no Brasil.

Os aspectos relacionados à inovação no setor saúde referem-se à alteração na estrutura do Ministério da Saúde, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, com a finalidade de enfrentar a questão dos recursos humanos no SUS, da Secretaria de Atenção à Saúde com o intuito de unir todos os níveis de atenção e a criação da Secretaria de Gestão Participativa. Referem-se também ao direcionamento dos cargos de segundo escalão do Ministério da Saúde para os que estiveram comprometidos com a Reforma Sanitária e a convocação para 12ª Conferência Nacional de Saúde.

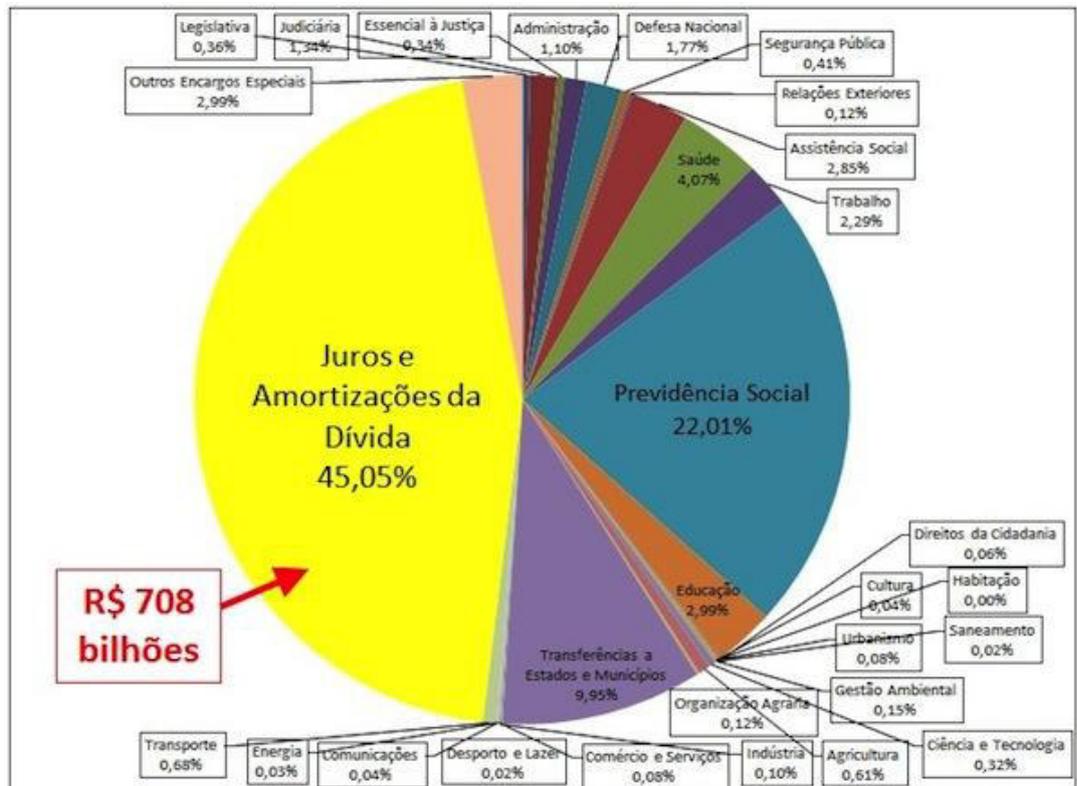
Já, os aspectos concernentes à continuidade das políticas de saúde dos governos anteriores destacam-se no atual governo a ênfase na focalização, na precarização e na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. A questão das políticas de focalização diz respeito à continuidade das políticas de saúde focadas na atenção primária, como já havíamos destacado anteriormente, na qual o Estado seria o responsável por atender assistencialmente a população caracterizada em pobreza ou extrema pobreza.

Contudo, a questão mais grave apresentada refere-se ao financiamento da política de saúde, ou melhor, ao seu subfinanciamento. O Governo Lula adotou a mesma política econômica alicerçada por governos anteriores, isso significa dizer que continua a seguir a lógica neoliberal de corte de gastos públicos e superávit primário elevado. Como aponta Bahia:

[...] Os sinais de priorização da saúde na agenda governamental e especialmente as expressões orçamentárias relacionadas com sua efetivação apontam para a preservação do subfinanciamento público para a política universal de saúde. O debate e a votação da extinção da CPMF independente de um posicionamento contrário ou favorável a sua criação e continuidade, sem a devida substituição de fontes de recursos permanentes e estáveis para a saúde, e mesmo os argumentos convocados para atendê-la evidenciam que a compreensão sobre a abrangência do Sistema Único de Saúde (SUS), entre políticos e autoridades governamentais, é muito mais restrita do que aquela consagrada pela Constituição de 1988. (BAHIA, 2011, p. 118)

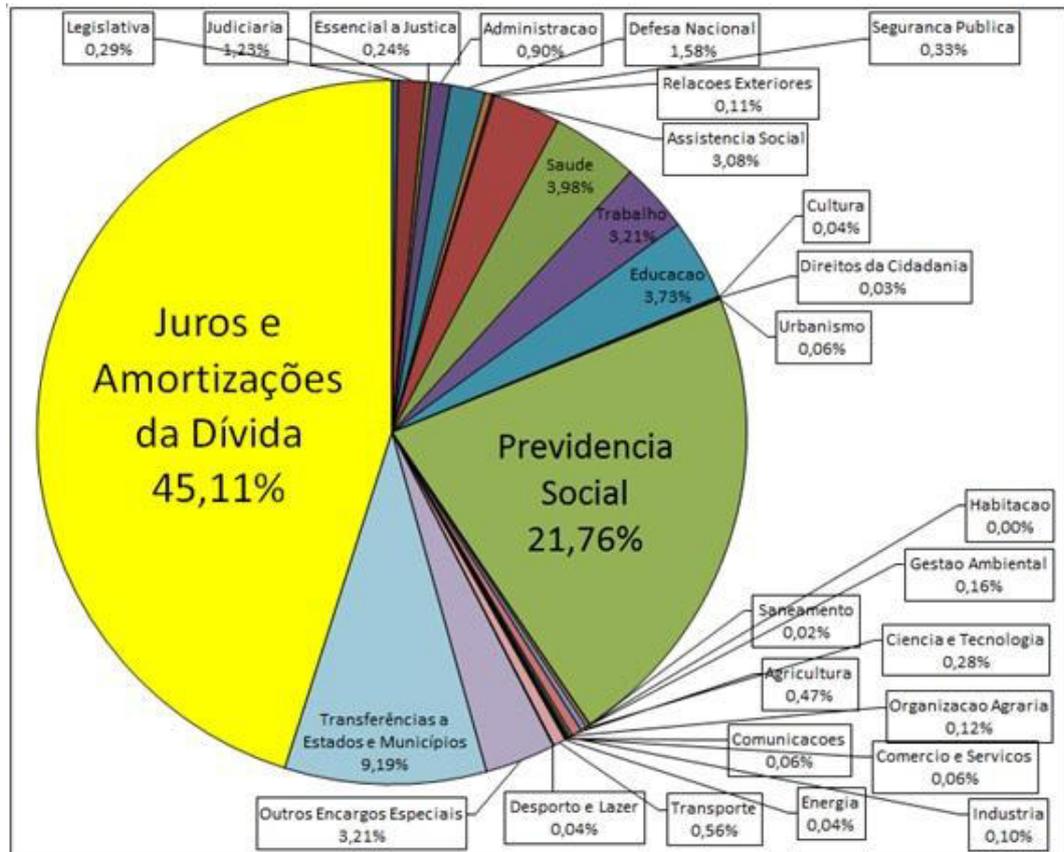
Fato que podemos visualizar nos gráficos a seguir:

Gráfico 1 – Orçamento Geral da União, por função – executado em 2011.



Fonte: Auditoria Cidadão da Dívida (2012)

Gráfico 2 – Orçamento Geral da União – executado em 2012



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida (2015)

De acordo com os dois gráficos, fica nítido que a prioridade do governo continua sendo o pagamento da dívida externa em detrimento do financiamento das políticas sociais. No primeiro gráfico verifica-se que dos 1,571 trilhões executados pela União, 708 bilhões (45,05%) foi gasto com o pagamento de juros e amortização da dívida, enquanto os gastos com a saúde se restringiu a 71,632 bilhões (4,07%). No segundo gráfico, a ação governamental permanece inalterada, e dos 1,712 trilhões executados pela União, 753 bilhões (40,30%) foram utilizados para pagamento da dívida, ao passo que os gastos com a saúde foi de 71 bilhões, cerca de 4, 17%.

Marques e Mendes (2005, p. 14) assinalam que “no final de 2003 o Governo Federal encaminha uma proposta ao FMI cujo intuito seria alterar em nível constitucional as diretrizes que apontam a responsabilidade das três esferas de governo.” União, Estados e Municípios, deveriam garantir a aplicação da porcentagem já definida dentro de seu orçamento. Uma medida radical dentro da contrarreforma do estado, isto é:

[...] ao propor mudanças dessa magnitude o governo Lula tem a intenção de colocar em marcha um movimento duplo com relação ao Orçamento. O primeiro consiste da desvinculação propriamente dita dos recursos destinados aos gastos sociais em saúde e educação. O segundo movimento refere-se ao uso que seria feito dos recursos assim liberados: além de engrossarem o pagamento da dívida externa, poderiam ser destinados à realização de investimento, provavelmente dentro do espírito do projeto Parceria Público-Privada. (MARQUES; MENDES, 2005, 14)

Bravo e Menezes (2011), ao analisarem a saúde nos governos Lula e Dilma, trazem algumas reflexões acerca do tema. No que diz respeito ao primeiro mandato do Presidente Lula, apontam que durante a posse do novo presidente as pautas de defesa do SUS estão presentes, há um valorização das ações da atenção básica, com o fortalecimento do Programa Saúde da Família, além do aumento da atenção aos Hospitais Universitários, enfocando a necessidade de incorporá-los de maneira mais eficaz ao Sistema Único de Saúde através de uma nova forma de financiamento, recomposição do quadro de funcionários e uma política de criação de indicadores pra credenciamento e qualificação dos mesmos.

Porém, com os dados gerados nesse processo de qualificação e credenciamento dos HUs, promovida em 2006 pelo Ministério da Saúde, foi produzido um documento no qual traduzia o diagnóstico de funcionamento desses hospitais, e como resultado apontou-se que o principal problema estava na insuficiência da gestão, sem ao menos questionar o subfinanciamento.

No segundo mandato (2007-2010), em seu plano de governo já não mais constava a defesa do SUS nos moldes da Reforma Sanitária, “uma vez que não menciona alguns eixos considerados centrais, a saber: controle dos planos de saúde, financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política de gestão do trabalho” (PAIM, 2008). E, apesar da indicação de um militante da Reforma Sanitária para o Ministério da Saúde, José Gomes Temporão, apresentam propostas como a criação de Fundações Estatais de Direito Privado, quer dizer um novo modelo jurídico-institucional de gestão, alicerçado na flexibilização das leis trabalhista e redução da responsabilidade das ações do Estado.

Em 2004, outra proposta é apresentada, refere-se ao Programa Farmácia Popular do Brasil, que, em tese, serviria para aumentar o acesso da população aos medicamentos de baixo preço, através de um subsídio do Governo Federal de 90% do valor do medicamento, o programa conta com uma rede própria. Logo depois, houve uma ampliação do programa, com o credenciamento de farmácia privadas para a dispensação de medicamentos tendo em troca isenção de impostos. Dados

fornecidos pelo Ministério da saúde, em 2014, expõem que hoje o programa conta com 35.038 estabelecimentos, sendo 533 da rede própria e 34.505 de farmácia privadas. Na realidade, o Programa Farmácia Popular do Brasil inseriu um sistema de co-pagamento dos serviços de saúde, como a aquisição de medicamentos, além de fortalecer as parcerias público-privadas ao subsidiar as farmácias privadas, indo de encontro aos princípios do SUS e acentuando o traço privatista da saúde.

Portanto, nos dois mandatos do presidente Luís Inácio Lula da Silva manteve-se a disputa entre os dois projetos para a saúde brasileira, apesar de um pequeno número de propostas guiadas pela Reforma Sanitária, proposta que não chegaram a ser implementadas por falta de vontade política e financiamento. “O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com mercado” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 31).

No que se refere ao primeiro mandato da Presidente Dilma Rouseff (2011-2014), durante seu ato de posse, a presidente traz um discurso no qual ressalta a importância do SUS e que irá usar a máquina estatal para fortalecê-lo, mas nesse mesmo discurso afirma a necessidade de estabelecer parcerias com o setor privado a fim garantir a ampliação do sistema. Pois bem, como dito em seu discurso oficial, durante seu primeiro mandato viu-se que, de fato, essa parceria se deu de uma maneira contundente.

Nesse sentido, vem ocorrendo a ampliação do modelo de gestão baseados em Organizações Sociais (OSs), Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundações Estatais de Direito Privado. Modelos de gestão extremamente nocivos aos trabalhadores da saúde, e para a consolidação de um sistema de saúde universal e integral; Programas como o “Aqui tem Farmácia Popular” com dispensação gratuita de anti-hipertensivos e medicamentos para diabetes por farmácia privadas, lançado em 2011; a implantação de Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAS), nas quais há a manutenção de um modelo hospitalocêntrico e não garante tratamento adequado; a criação, através da Medida Provisória (MP) 520 de 31 de dezembro de 2010 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), seguindo o mesmo modelo de gestão anteriormente citadas e o Decreto Presidencial 7.508 de 29 de junho de 2011 que regulamenta a lei do SUS, medida que abre novas possibilidades para as parcerias público-privadas na saúde.

No último ano, temos um quadro agravado de crise econômica iniciada em 2008, e que começa a refletir de forma mais intensa na ação do governo. Segundo Mendes (2015, p. 65), os impactos da crise contemporânea do capitalismo no SUS ocorreram basicamente na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização.

Isso quer dizer que a financeirização dos recursos públicos reflete uma tendência do momento de crise do sistema capitalista, por meio da política neoliberal, na qual o governo privilegia as atividades financeiras, isto é, destina grande parte das suas receitas para o financiamento do capital, através do pagamento de juros e amortização da dívida pública em detrimento das políticas sociais. E que o fundo público, o qual envolve todas as formas de captação de recursos pelo Estado, com a finalidade de financiar seus gastos, acaba por ser disputado pelo sistema financeiro e seus recursos tendem a ser utilizados para salvar instituições financeiras, como os bancos, da falência. Como aponta Evilásio Salvador:

A financeirização da riqueza implica em pressão sobre a política social, especialmente as instituições da seguridade social, pois aí está o nicho dos produtos financeiros. Com isso, as propostas neoliberais incluem a transferência da proteção social do âmbito do Estado para o mercado, a liberalização financeira passa pela privatização dos benefícios da seguridade social.

É no mercado que deve ser comprado o benefício da aposentadoria, o seguro de saúde, que são setores dominantes nos investidores internacionais. Ou seja, benefícios da seguridade social são transformados em “produtos” financeiros, alimentando a especulação financeira, tornando as aposentadorias de milhares de trabalhadores refém das crises financeiras internacionais. (SALVADOR, 2015, p. 02)

Em vista de tudo que foi posto, Cohn (2009), em sua análise acerca dos 20 anos do Sistema Único de Saúde, interpela se, passados os vinte anos da conquista do SUS, a proposta da reforma sanitária continua prevalecendo? E, responde com negatividade. Aponta que a discussão a respeito do SUS não deve se pautar em duas vertentes, de um lado agarrado às lembranças do período vivido pela efervescência da redemocratização e o sucesso constitucional da reforma sanitária e, de outro condenando o sistema de saúde pelos descontentamentos diante dos entraves que o SUS vem enfrentando.

Ao contrário, é imprescindível a retomada de uma análise crítica acerca dos irrefutáveis avanços da Reforma Sanitária, pois graças a esses avanços, apesar

de todas as contradições, o país conta um sistema público de saúde. Portanto, a tarefa de hoje é pensar as conquistas obtidas e as transformações ocorridas mundialmente e que estão refletidas nas políticas sociais no Brasil e, dessa maneira, ter elementos sólidos e reais para compreender a totalidade do movimento e das contradições.

Em suma, a trajetória do Sistema Único de saúde desde sua conquista é marcado por uma disputa ideológica e política, a qual se intensifica a partir dos anos 90 e atualmente se encontra com feridas totalmente expostas.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

O processo pelo qual vai se construindo a Política Nacional de Humanização da Saúde coincide de certa maneira³⁶ com o momento de entusiasmo pela Reforma Sanitária brasileira. Porém, a discussão pautada na humanização para a área da saúde possui um recorte histórico próprio e alguns longos anos a mais, fatos, esses, importantes porque através deles pode-se ter um panorama de como foi se constituindo a humanização como uma política pública.

A década de 1970 é o marco inicial mais significativo dos estudos críticos relacionados à desumanização da relação médico-paciente, a partir do desenvolvimento da sociologia médica americana. Durante meados dos anos de 1980 intensificam-se as discussões pautadas no discurso de humanização do setor saúde, a princípio com a luta antimanicomial, cujo modelo da saúde mental se “desenha no discurso da medicina desde que, em 1948, a recém-fundada Organização Mundial da Saúde passou a promover um novo conceito de saúde, transcendendo as dimensões exclusivas da saúde biológica” (REIS et al, 2004, p. 03) e do movimento feminista, o qual pautava a humanização do parto e do nascimento na área da saúde da mulher. Assim, os hospitais iniciaram a desenvolver ações ditas “humanizadoras”.

No Brasil, a origem do termo “humanização”, em sua acepção política, de acordo com Furtado (2011), está diretamente ligada aos profissionais dissidentes da década de 1970, que propagavam a necessidade de humanização do parto, como o caso do trabalho Galba de Araújo, no estado do Ceará e de Moisés Pacionirk, no Paraná. Além das ações humanizadoras no hospital Pio X (Goiás), do Instituto Aurora (Rio de Janeiro), dos Grupos de Terapia Alternativa, do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, da Associação Comunitária Monte Azul (todos em São Paulo) e dos Grupos Curumins e Cais (Pernambuco).

Já na 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992, durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, a questão da humanização na área da saúde aparece, mesmo que de forma discreta. Contudo, limitadas a programas segregados, que incluem projetos significativos como “o parto humanizado” e “humanização do atendimento hospitalar”. Em 1993, houve certa retomada da

³⁶ Importante compreender que a humanização da saúde, sem dúvida, é pauta do movimento da reforma sanitária, mas que não nasce do seio dessa organização.

discussão sobre a “humanização do parto”, sendo fundada em Campinas-SP a “Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento” (REHUNA), seguida da maternidade pública Leila Diniz, autodefinida como “humanizada”, em 1994.

Nos anos 2000 a discussão sobre a humanização da saúde desperta uma maior atenção e ganha expressão no cenário nacional das políticas de saúde, entrando em pauta na 11^a Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. Desta maneira, em 2000, cria-se o Programa Nacional de Humanização dos Serviços da Saúde (PNHSS), com o objetivo de diminuir os problemas enfrentados durante o tratamento dos pacientes, além de estimular a comunicação entre os profissionais da saúde, os pacientes e seus familiares.

Logo em seguida, em 2001, é implementado pelo Ministro José Serra o Programa Nacional da Assistência Hospitalar (PNAH), substituído, em 2003, pela Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH), já no mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, com um pacto entre a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde, após a Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização, realizada em Brasília.

A Política Nacional de Humanização da Saúde, de acordo com o discurso oficial, se estabelece como uma política que parte dos diferentes setores e programas do Ministério da Saúde procurando elaborar um plano comum e transversal³⁷ por meio da valorização da dimensão humana das práticas de saúde, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde. Logo, a PNH nasce por dentro da máquina estatal, gestada como uma política governamental, mas que tem sua semente na defesa do movimento organizado da área da saúde.

A PNH coloca-se como uma “política” que se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos. Por princípio, entendemos o que impulsiona ações, disparando movimentos no plano das políticas públicas. No caso da PNH, o movimento a que se propõe é o da mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar). Ela se afirma como política pública de saúde com base nos seguintes princípios: a inseparabilidade entre clínica e política, o que implica a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; e a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional nos grupos e entre os grupos,

³⁷ Entende-se como política transversal um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2015, p. 07).

isto é, a ampliação das formas de conexão intra e intergrupos, promovendo mudanças nas práticas de saúde. (FILHO et al, 2009, p. 02)

A humanização da saúde aparece, desde então, enquanto política e não como um programa, o significado disso é que deixa de ser uma questão tratada focalizada em um setor específico, tomada do ponto de vista verticalizado e se torna horizontalizada com diretrizes transversais, no qual abrangem gestores, trabalhadores e usuários. Evitando-se “aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas” (BRASIL, 2015a, p. 01). Ou seja, a tendência apontada é a de desburocratizar a gestão, marcada sempre por metas a serem cumpridas. Então, a “humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde” (BRASIL, 2015a, p. 02).

De acordo com os documentos oficiais, a Política de Humanização da Saúde converte-se em um eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do Sistema Único de Saúde. Para tal fim os valores que a norteiam, os princípios que a regem são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. Portanto, os princípios norteadores são:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;

- Corresponsabilidade desses sujeitos no processo de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

O método a ser utilizado, no que se passou a chamar de “rede de humanização³⁸”, como já mencionado, trata-se da inclusão dos três setores construtores diretos na produção e gestão dos cuidados e dos processos de trabalho, ou seja, abarca gestores, profissionais e usuários. Para que se torne real é imprescindível à comunicação entre esses setores, pois a comunicação “provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o ‘motor’ de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde” (BRASIL, 2006, p. 04).

Além da valorização desses atores, faz-se necessário a descentralização dos diferentes setores que estão inclusos na construção do SUS. Assim, as “experiências exitosas, os processos de debate e pactuação entre os níveis Federal, Estadual e Municipal do SUS deverão consolidar a humanização como uma estratégia comum e disseminada por toda rede de atenção” (BRASIL, 2015b, p. 14). Para consolidar essa articulação criou-se o Núcleo Temático de Coordenação da PNH.

No tocante às diretrizes apontadas pela PNH para garantir atenção e gestão humanizadas, deve-se garantir: **Acolhimento**, reconhecendo o que cada um traz como necessidade de saúde; **Gestão Participativa³⁹**, na qual garante a participação de todos os atores implicados nas análises e tomadas de decisão; **Ambiência**, através da criação de espaços saudáveis que permitam o encontro

³⁸ A rede de humanização da saúde refere-se ao “mapeamento e visibilidade de programas e iniciativas de humanização na rede de atenção do SUS, no Ministério da Saúde, a promoção do intercâmbio e a articulação entre eles” (BRASIL, 2015b, p. 04). Segundo os cartilha que aponta o marco teórico da PNH, pode-se dizer que a rede de humanização é uma rede de construção permanente de laços de cidadania.

³⁹ A PNH aponta como espaços de gestão compartilhada os colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

entre as pessoas; **Clinica Ampliada e Compartilhada**, que permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia; **Valorização do Trabalhador**, através do programa de formação em Saúde e trabalho e da Comunidade Ampliada de Pesquisa e **Defesa dos Direitos dos Usuários**.

As estratégias para que se consiga humanizar a saúde são:

- Cooperar e articular a proposta da PNH com as ações das secretarias do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais;
- Propor e integrar estratégias de ação que constituam o “campo da humanização”, operando com o apoio matricial para as áreas, coordenações e programas do Ministério da Saúde no que for com eles contratualizados;
- Propor e integrar estratégias de ação para a implementação da PNH no âmbito do Ministério da Saúde em interface com as demais áreas e coordenações;
- Coordenar grupo de consultores regionais da PNH que trabalharão com secretarias estaduais, secretarias municipais, pólos de educação permanente, hospitais e outros equipamentos de saúde que desenvolvam ações de humanização. Tal grupo funcionará como um dispositivo articulador e fomentador de ações humanizantes, estimulando processos multiplicadores nos diferentes níveis da rede SUS;
- Criar e incentivar mecanismos de divulgação e avaliação da PNH em interface com as demais áreas, coordenações e programas do Ministério da Saúde;
- Fortalecer, ampliar e integrar a Rede Nacional de Humanização estruturada em dimensão presencial e virtual;
- Propor tecnologias de gestão do processo de trabalho em saúde;
- Viabilizar tecnologias de trabalho institucional com ênfase na construção e fortalecimento de equipes multiprofissionais e de caráter interdisciplinar;

- Criar e facilitar espaços de trocas e produção de conhecimento voltado para uma política nacional de humanização;
- Elaborar e viabilizar a produção de materiais técnicos e de divulgação.

Portanto, a construção da Política de Humanização da Saúde percorre vários momentos e envolve os mais diversos sujeitos até, enfim, chegar a sua institucionalização como uma política pública voltada para a área da saúde. Mas, dentro de todo esse processo há a necessidade de compreender o que é posto como “humanização”, como uma questão chave para a análise da referida política. Dessa maneira, os pontos que se seguem se põem a análise destes questionamentos.

3.1 A construção de uma definição para a Humanização

A discussão da Política Nacional de Humanização da Saúde tem levantado muitos questionamentos a respeito do conceito de “Humanização”, sendo este interpretado das mais variadas maneiras. Há necessidade de se definir de que humanismo se trata, pois os documentos abordam esse conceito de forma superficial, como se houvesse um consenso universal que dispensasse sua definição, transitando entre diversas visões, até mesmo tomando-o com o sentido humanitarista, ou seja, entendido como conjunto de ações realizadas por amor ao semelhante sem intuito de receber algo em troca.

A política de humanização da saúde – HumanizaSUS - traz em seu corpo uma definição vazia de significado teórico sendo entendida como um dispositivo que visa a valorização dos “diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde [...]”. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidades entre eles, e o estabelecimento de vínculo solidário” (BRASIL, 2004a, p. 09). Visto desta maneira, a responsabilidade de humanizar as relações sociais estabelecida na área de saúde é direcionada aos indivíduos envolvidos nesse processo, cabendo ao Estado atuar apenas enquanto fomentador da referida política.

Diante do quadro exposto, a humanização é caracterizada como um método no qual se pretende “ensinar”, através de experiências concretas, um “modo de caminhar”, promovendo inclusão, através de “uma prática social ampliadora dos

vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, uma prática que se estende seguindo o Método da Tríplice Inclusão⁴⁰ (BRASIL, 2014. p. 08). Por conseguinte, a prática da “humanização se realiza pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos, bem como, dos analisadores (as perturbações) que estas inclusões produzem. Em outras palavras: humanização é inclusão” (BRASIL, 2004b. p. 08).

A humanização apontada pela PNH se realiza através de ações concretas, na mudança de postura dos atores envolvidos no cotidiano da prática em saúde. Volta-se para “homens e mulheres comuns que compõem o SUS, com os trabalhadores e usuários que habitam e produzem o dia-a-dia dos serviços de saúde” (FILHO et al, 2009. p. 605). Em suma, “é no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói” (FILHO et al, 2009. p. 605).

Nessa perspectiva, Eduardo Passos e Regina Benevides, sujeitos envolvidos diretamente no processo de construção da PNH, tratam a questão da humanização como uma maneira de se repensar uma nova prática de saúde, procurando uma redefinição para tal conceito, forçando seus limites. E, assim, tomam a humanização como estratégia de interferência nas práticas em saúde, considerando que “sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo” (PASSOS; BENEVIDES, 2015. p. 03).

Seguindo os preceitos contidos na PNH. os autores não avançam na construção de uma definição teórica do conceito “humanização”, nem ao menos questionam as condições reais que condicionam essa mobilização dos sujeitos envolvidos no processo de uma construção humanizadora. Continuam por reafirmar a humanização como “retomada ou revalorização da imagem idealizada do homem” (PASSOS; BENEVIDES, 2015. P. 04), ou melhor, que a “humanização, assim, em sua gênese, indica potencialização da capacidade humana em ser autônomo em conexão com o plano coletivo que lhe é adjacente” (PASSOS; BENEVIDES, 2015, p.05). E que “para essa capacidade se exercer é necessário o encontro com um

⁴⁰ A “Tríplice Inclusão” refere-se a atuação dos diferentes atores envolvidos na promoção de saúde na instituição de saúde: Usuários, Gestores e Profissionais.

‘outro’, estabelecendo com ele regime de trocas e construindo redes que suportem diferenciações”. (PASSOS; BENEVIDES, 2015, p.05)

Segundo Heckert et. al, o entendimento do sentido da humanização compreende alguns eixos, como o qual:

[...] compreende a humanização como vínculo entre profissionais e usuários, efetuado a partir de ações pautadas na compreensão e valorização dos sujeitos. Nesse eixo podemos, ainda, abarcar os sentidos que compreendem a humanização como atitude ética e humanitária, que se constitui a partir de uma escuta sensível e compreensiva e uma ação ética. [...] Num segundo eixo, a humanização é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores, e ao reconhecimento dos direitos dos usuários. Nesse eixo, as ações de humanização dizem respeito: às melhorias na estrutura física dos serviços de saúde; à presença do acompanhante nas consultas e internações, à capacidade/formação dos profissionais da saúde; às ações pontuais dirigidas aos trabalhadores, tais como atividades comemorativas; à contratação de maior número de profissionais, entre outras. (HECKER et. al, 2009, p. 496)

Já Hennington (2008, p. 03) diz que “humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições dos profissionais”. Ainda no sentido de se encontrar uma definição para a Humanização, Fortes aponta que:

A reflexão humanística não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presente nos relacionamentos humanos existentes nas ações relativas à atenção a saúde. [...] humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde. (FORTES, 2004, p. 02)

Seguindo a necessidade de conceituação teórica que possa vir dar suporte sólido à política, muitos autores se lançaram a refletir sobre o tema, partindo de questões: o que é humanizar? A prática em saúde se encontra desumanizada?

Para tanto, interpretam a humanização a partir da linguagem, entendem que esta é motor das relações sociais entre os homens, respaldam-se teoricamente em James Betts⁴¹, defensor da idéia de que o ser humano é uma junção de três elementos: a materialidade do corpo, a imagem do corpo e a palavra que se insere no corpo. Nesse sentido, a linguagem é “responsável pela construção de uma rede de significados e, a dinâmica dessa combinação entre a materialidade, a imagem e a

⁴¹ Jaime Betts é psicanalista, membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.

palavra do corpo nos permite transformar” (DURÃES; SOUZA, 2011, p. 03). Em outras palavras, o mundo é construído através da palavra e quando a “palavra fracassa, ou, o entendimento da palavra acontece de modo diferenciado, conforme a significação que cada um dá, quando isso acontece somos capazes também das maiores barbaridades” (DURÃES; SOUZA, 2011, p. 54).

Portando, pensar a humanização significa garantir uma ampla abertura para discussão entre os sujeitos, o diálogo respeitável. “No projeto de humanização se vislumbra uma nova ética, ancorada no princípio da linguagem e na ação comunitária” (DESLANDES, 2001, p.05), como apontada pela política de humanização, “sem comunicação não há humanização” (BRASIL, 2004a, p. 12).

Porém, ao apontar a questão da linguagem como o cerne da questão, tais autores esquecem que a linguagem, apesar de sua importância, não consegue responder materialmente a questão da humanização, apesar da linguagem estar inserida nesse processo humanizante, as relações sociais entre os homens são de cunho mais complexo e envolvem o modo como o homem produz e reproduz sua existência.

Deste modo, a idéia de humanização, apesar de indicar um contrassenso, aponta para a “desvalorização da perspectiva humana nas interações e ações entre os indivíduos, chegando ao extremo de ocorrer uma naturalização do não reconhecimento do outro como igual” (SOUZA; MOREIRA, 2008, p. 328). Isso significa que a necessidade de humanização, como apontada na PNH, surge pelo entendimento de que há um processo de desumanização nas relações sociais entre os homens, pautadas no esvaziamento e estranhamento.

A tarefa posta é apreender por qual razão vem ocorrendo essa problemática na área da saúde, mas antes da procura dos “porquês”, a questão é entender o que seria a humanização, numa perspectiva marxiana, como apresentado a seguir.

3.2- O que seria Humanização?

Diante do exposto, da brecha teórica acerca de uma definição para “humanização”, presente na Política Nacional de Humanização da Saúde é necessário que voltar ao estudo filosófico da categoria Humanização, para que haja uma compreensão do processo no qual o homem se torna homem, ou melhor,

processo em que a espécie humana se torna gênero humano e, portanto, humanizada. Para isso recorrer-se-á ontologia marxiana⁴², pois esta dá elementos que comprovam, a partir da materialidade, o homem como fruto histórico da sua própria atividade, a fim de se distanciar das teorias que entendem a Humanização como um processo a-histórico e, que por isso, defendem a possibilidade de humanizar o homem sem uma análise crítica das mediações sociais que levam a desumanização do próprio homem. Mas qual é a atividade que realizada pelo homem capaz de diferenciá-lo do mundo propriamente animal?

Em Marx, o processo de humanização do homem é apreendido e refletido a partir da categoria **Trabalho**. É através do *trabalho*, enquanto mediação entre o homem e a natureza, que vai se construindo o mundo social, o mundo humanizado. Assim sendo, o trabalho é a condição fundamental do homem, processo pelo qual, ao transformar a natureza, o homem transforma a si mesmo, construindo sua existência social, para além de suas determinações puramente biológicas. Nessa perspectiva, observa-s:

Antes de tudo o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula, e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põem em movimento as forças naturais de seu corpo - braços e pernas, cabeça e mão -, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando, assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. (MARX, 2006 p. 211)

Ao partir da teoria marxiana para a apreensão do processo de humanização é imprescindível compreender que neste:

O ponto de partida não é dado nem pelo átomo (como nos velhos materialistas), nem pelo simples ser abstrato (como em Hegel). Aqui, no plano ontológico, não existe nada análogo. Todo existente deve ser sempre objetivo, ou seja, deve ser sempre parte (movente e movida) de um complexo concreto. Isso conduz a duas consequências fundamentais. Em primeiro lugar, o ser em seu conjunto é visto como um processo histórico; em segundo, as categorias não são tidas como enunciados sobre algo que é ou que se torna, mas sim como as formas moventes e

⁴² Ontologia é uma parte da filosofia que estuda do ser social, a natureza do ser, a existência e a realidade. A opção pela ontologia marxiana ocorre por esta buscar entender o ser social a partir da análise material e histórica das circunstâncias que levam ao desenvolvimento do homem. Pois, "Marx pensa as relações do homem com sua história não de uma maneira especulativa, mas da perspectiva do ser social historicamente determinado, o que conduz a uma orientação radicalmente nova tanto das relações do indivíduo com sua história, como com a história do gênero". (COSTA, 2009b, p. 09)

movidas da própria matéria: formas de existir, determinações de existência". (LUKÁCS, 2011 p. 02)

Assim, o *trabalho* se revela como resultado imediato da relação entre o ser social e o ser natural. Nesse ponto, faz-se necessário uma distinção fundamental das atividades realizadas pelos demais animais e o que se refere ao trabalho humano, apesar em ambas atenderem as suas necessidades. No primeiro caso, as atividades são realizadas para atender as necessidades puramente de sobrevivência, sendo determinadas estritamente pela herança genética. Já o *trabalho*, na qualidade de atividade humana, se diferencia substancialmente, pois vai se desenvolvendo ao longo de milhares anos, rompendo o seu arquétipo natural.

Primeiro, "porque o trabalho não se opera com uma atuação imediata sobre a matéria natural" (NETTO, BRAZ, 2011, p. 40), quer dizer, para que o trabalho possa ser realizado há necessidade de instrumentos que se situam entre o homem e a matéria a ser transformada. Vale lembrar que o avançar das forças produtivas provoca o desenvolvimento contínuo desses instrumentos.

Segundo que "o trabalho não se realiza cumprindo determinações genéticas" (NETTO, BRAZ, 2011, p. 41), para sua ação necessita-se do acúmulo de conhecimento herdado historicamente, alcançado através da repetição e experimentação.

E, em terceiro, que "o trabalho não atende a um elenco limitado e praticamente invariável de necessidades, nem as satisfaz sob formas fixas" (NETTO, BRAZ, 2011, p. 41), digo, ao olhar as construções das habitações humanas, como exemplo, percebe-se que estas possuem arquiteturas, cores e tamanhos dos mais variados, inclusive, se modificando em determinado momento histórico, além de estar mais bem adaptada a um determinado clima, utilizando materiais específicos para casas construídas em climas quentes e outros para climas frios. Portanto, conforme novas necessidades vão surgindo, o homem vai encontrando novas formas de se adaptar a elas.

Por conseguinte, o trabalho realizado pelo homem não acontece de maneira meramente instintiva, como expressão de uma herança genética, este ocorre através de um complexo e contínuo processo de aprendizagem. O homem não nasce homem, este vai se humanizando por meio do contato com os outros homens em sociedade, desenvolvendo técnicas e tecnologias que atendam as suas necessidades. E, essas necessidades também estão dentro de um complexo de

complexos, sempre em movimento, no qual ao se superar uma necessidade, outras vão surgindo.

Na tentativa de estabelecer uma interpretação materialista da evolução humana, Friedrich Engels (1820-1895) se empenha em escrever um audacioso ensaio “sobre a transformação do macaco em homem”, de forma puramente intuitiva, visto que não tinha por objetivo descrever um conjunto de conclusões acabadas, comprovadas empiricamente. Segundo Silva (2008, p. 03), Engels “teve muitas de suas hipóteses corroboradas pelas descobertas das ciências biológicas ao longo do século XX”⁴³.

Engels (2015), em seu ensaio, sublinha que o percurso histórico da evolução biológica do homem se dá inicialmente pela divisão da função entre as mãos e os pés, devido às atividades dos macacos primitivos, pois os mesmos ao subirem nas árvores começaram a perceber, mesmo que de forma inconsciente, que poderiam usar com finalidades diferentes as mãos e os pés, utilizando as mãos para

⁴³ As evidências científicas comprovadas a partir das descobertas recentes da arqueologia que corroboram com os apontamentos de Engels em seu ensaio “sobre a transformação do macaco em homem” são descritas por Silva (2008) em seu trabalho intitulado “o macaco e o trabalho”, no qual o autor traz o *homo erectus* como o ancestral mais antigo do homem moderno, que viveu aproximadamente há dois milhões de anos atrás. Este ancestral foi o primeiro da espécie humana a usar o fogo, a fazer da caça um meio de subsistência, a correr como os homens da modernidade, a fabricar instrumentos feitos de pedra e a primeira a se estender para além das fronteiras africanas. No que tange a construção de ferramentas, esses “ancestrais humanos começaram a produzir suas primeiras ferramentas, batendo duas pedras uma contra a outra, o que propiciou a eles, entre outras coisas, o acesso a alimentos que até então lhes eram negados” (SILVA, 2008, p. 04). Os primeiros conjuntos destas ferramentas estão datadas em 2,5 milhões de anos e coincidem com as afirmações de Engels que “a história da evolução humana está marcada pela fabricação de instrumentos utilizadas no trabalho” (SILVA, 2008, p. 04).

Outro ponto é que a partir destas ferramentas pode-se passar de uma alimentação exclusivamente vegetal para uma alimentação mista (vegetal e animal) através da possibilidade da caça e da pesca, fator que “teriam oferecido ao organismo ingredientes essenciais para seu metabolismo” (SILVA, 2008, p. 05), pois “a partir das descobertas arqueológicas do século XX, que o aumento do cérebro e as mudanças nos dentes estão vinculados à passagem de uma dieta exclusivamente vegetal para uma dieta que incluía também carne” (SILVA, 2008, p. 05)

Enfim, “O *Homo erectus* não surgiu numa explosão biológica, mas é produto de um longo processo de evolução. É um arbusto, não um degrau de escada. Da mesma forma, as espécies dele oriundas apresentam outras especiações e assim sucessivamente. Ora, Engels não estava preocupado em definir um grupo e sua localização espacial e temporal, mas em expor o processo de evolução humana. Seu texto não vai em busca de uma única origem humana, mas procura defender a hipótese de que foi o trabalho – que, neste caso, apontamos como o responsável pelas diversas especiações – o fator que diferenciou a adaptação humana da adaptação de outros animais. Se todos os ancestrais humanos e seus contemporâneos, de diferentes regiões e épocas, têm características próprias, é óbvio que isso se deu em função das diferentes formas encontradas para se adaptar ao meio. Se havia diferentes formas de adaptação ao meio, é porque havia diferentes formas de trabalho. Então temos, retomando Engels, que não é apenas em função de uma determinação biológica que o homem se transforma, mas também pela sua intervenção, pelo trabalho, sobre a natureza” (SILVA, 2008, p. 06).

segurar frutos e se segurar nos topos das árvores, enquanto os pés lhes serviam de suporte, assumindo cada vez mais postura ereta.

Portanto, a mão seria produto do trabalho humano, sofrendo inúmeras transformações ao longo do desenvolvimento evolutivo do homem e no decorrer de centenas de milhares de anos, pela passagem de geração em geração, ganha cada vez mais funções. Sobre a importância do desenvolvimento da mão:

Vemos, pois, que a mão não é apenas um órgão do trabalho; é também produto dele. Unicamente pelo trabalho, pela adaptação às novas e novas funções, pela transmissão hereditária do aperfeiçoamento especial assim adquirido pelos músculos e ligamentos e, num período mais amplo, também pelos ossos; unicamente pela aplicação sempre renovada dessas habilidades transmitidas a funções cada vez mais complexas foi que a mão do homem atingiu esse grau de perfeição que pôde dar vida, como por artes de magia, aos quadros de Rafael, às estatuas de Thorwaldsen e à música de Paganini. (ENGELS, 2015, p. 03)

Após a separação de função entre as mãos e os pés, começa o processo pelo qual o homem primitivo, de forma gradual, devido às necessidades impostas pela natureza, como a de ter uma visão mais ampla do território que ocupavam, a fim de visualizar possíveis alimentos e predadores, passa da postura quadrúpede para a bípede, passando a assumir postura ereta. Pois o “aparecimento do bipedismo surgiu expressivamente primeiro, possivelmente da necessidade de adaptação frente às drásticas alterações climáticas da época, marcada pela diminuição considerável de florestas e o aparecimento de savanas” (LOPES, 2011, p. 08).

Outro fator relevante é a de que os ancestrais do homem viviam em manadas, e num contínuo processo de transformação da natureza, por meio do trabalho, a fim de garantir meios de sobrevivência da espécie, chegou a um ponto da necessidade de comunicação entre seus membros. Com isso, desenvolveram-se aos poucos a laringe, os órgãos da boca e, conseqüentemente, o cérebro. Em primeiro lugar toma-se o trabalho, logo em seguida a palavra articulada. Segundo Engels (2015, p. 06), “foram os dois estímulos principais sob cuja influência o cérebro do macaco foi-se transformando gradualmente em cérebro humano – que, apesar de toda a sua semelhança, supera-o consideravelmente em tamanho e em perfeição”.

Devido ao processo de apropriação cada vez maior da natureza, ocorrido de forma lenta e gradual, abriam-se novos horizontes ao homem em formação. E, Engels é mais uma vez claro em sua assertiva:

O desenvolvimento do cérebro e dos sentidos a seu serviço, a crescente clareza de consciência, a capacidade de abstração e de discernimento casa vez maiores, reagiram por sua vez sobre o trabalho e a palavra, estimulando mais e mais o seu desenvolvimento. Quando o homem se separa definitivamente do macaco esse desenvolvimento não cessa de modo algum, mas continua, em grau diverso e em diferentes épocas interrompido mesmo às vezes por retrocessos de caráter local ou temporário, mas avançando em seu conjunto a grande passos, consideravelmente impulsionado e, por sua vez, orientado em um determinado sentido por um novo elemento que surge com o aparecimento do homem acabado: a sociedade. (ENGELS, 2015, p. 06)

Portanto, o desenvolvimento das mãos, dos órgãos da linguagem e por fim do cérebro, se deu num processo dialético de adaptação da natureza as necessidades dos homens e transformação dos próprios homens, pois quando o homem se encontra desprovido de estruturas físicas que o possibilitem proteção das mudanças climáticas e a predadores, como, por exemplo, é o caso de pelos e garras, teve a necessidade de modificar o meio natural, a fim de garantir a continuidade de sua espécie, e essa modificação leva a transformações na estrutura corporal e ao desenvolvimento de potencialidades próprias do homem.

O homem primitivo, dessa maneira, já possui a capacidade de adaptar as condições naturais a si, por isso espalhou-se por todo o planeta, independente das condições geográficas, da temperatura, etc. Devido a essa migração, teve acesso aos mais variados tipos de alimentação, tornando-se onívoro. Destacando-se que o início da alimentação cárnea trouxe ao homem a ingestão de proteínas de forma mais complexa, fator importantíssimo para o desenvolvimento cerebral, além de permitir ao homem possibilidade de passar longos períodos sem precisar se alimentar, podendo assim, exercer outras atividades, além da caça.

Com base nessa variação alimentar, surge atividades como a pesca, a agricultura e a criação bovina. Portanto, conforme o homem ia se afastando cada vez mais do mundo animal, sua ação sobre a natureza, mediada pelo trabalho, tornava-se cada vez mais consciente e intencional.

Ao transformar a natureza, o homem, através do desenvolvimento da consciência, podia idealizar o produto final de seu trabalho antes mesmo de tê-lo produzido. Passa por sua cabeça, todo o processo de construção, idealizado desde

os mínimos detalhes, a esse processo de idealização dá-se o nome de prévia-idealização.

A capacidade de prever em sua mente a sua atividade põe por terra o questionamento de que existem outros animais que também modificam a natureza, como é o caso do João-de-barro, capaz de construir seu próprio abrigo. Porém, o João-de-barro realiza essa atividade da mesma forma desde o surgimento de sua espécie, enquanto o homem tem a possibilidade de construir das mais variadas formas o que deseja. Marx, no capítulo V de O capital, discorrendo sobre o papel do trabalho, responde a essa falsa polêmica da seguinte forma:

Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colméias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtêm-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador e, portanto idealmente. Ele não apenas efetua uma transformação de forma de matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tende subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato isolado. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é exigida a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção durante todo o tempo de trabalho, e isso tanto mais quanto menos esse trabalho, pelo próprio conteúdo e pela espécie e modo de execução, atrai o trabalhador, portanto, quanto menos ele o aproveita como jogo de suas próprias forças físicas e espirituais. (MARX, 2006 p. 211)

Muitas vezes é posto, de maneira equivocada, que o que diferencia o homem dos demais animais é a consciência, a razão. Temos um culto a essa racionalidade, e muitas são as teorias que a justifica, como é o caso de Aristóteles que defendia que “uma definição se dá pelo gênero próximo e pela diferença específica” (SAVIANI, 2007, p 153). Ou seja, entende-se que o homem e o gato, por exemplo, são animais e o que o diferenciam é a racionalidade presente no homem, então na visão aristotélica, a racionalidade que dá ao homem sua essência única. Demerval Saviani (2007, p. 153), completa dizendo que, “com efeito, o mesmo Aristóteles, considerando como próprio do homem o pensar, o contemplar, reputa o ato produtivo, o trabalho, como uma atividade não digna de homens livres”.

A racionalidade, sem sombras de dúvidas, aparece como uma qualidade inegável ao homem, pois, é por meio dela que o homem pode escolher dentre inúmeras alternativas. Porém, a racionalidade, diferente da visão aristotélica, deve ser apreendida mediante a práxis do ser social e, “embora seu aparecimento seja

simultâneo ao trabalho, a sociabilidade, a primeira divisão do trabalho, a linguagem etc. encontram sua origem a partir do próprio trabalho laborativo” (ANTUNES, 2009, p. 136). É no seio do desenvolvimento do processo de trabalho que a racionalidade vai se desenvolvendo, através do que se passou a chamar de teleologia.

A teleologia é entendida como o processo de previa ideação na tomada de decisão humana – sempre levando em consideração que o a realização do trabalho “não é um mero ato decisório, mas um processo, de uma contínua cadeia temporal que busca sempre novas alternativas” (ANTUNES, 2009, p. 138). Isso quer dizer, que o trabalho é “um pôr teleológico, que (previamente) o ser social tem ideado em sua consciência, fenômeno este que não está essencialmente presente no ser biológico dos animais” (ANTUNES, 2009, p. 136). Portanto, a teleologia só pode ser entendida na práxis do ser social e não numa esfera que extrapola os limites da humanidade.

Quando comparado com as formas precedentes do ser, orgânicas e inorgânicas, têm-se o trabalho, na ontologia do ser social, como uma categoria qualitativamente nova. O ato teleológico é seu elemento constitutivo central, que funda, pela primeira vez, a especificidade do ser social. (ANTUNES, 2009, p. 138)

E, esse foi o grande legado de Engels às ciências naturais, por em análise os elementos pertencentes à materialidade dialética da construção do homem, do trabalho como meio desse processo, “tomando como ponto de partida as contribuições dos teóricos da evolução humana do século XIX, em especial Darwin e Haeckel” (SILVA, 2008, p. 06). Subverte “a forma idealista de fazer ciência, hegemônica na época, e que ainda hoje persiste. Parecia que o cérebro era o grande responsável pelo mundo que emergia das mãos humanas” (SILVA, 2008, p. 06).

Tomando o trabalho como ato fundante do homem, pois no decorrer de milhões de anos o homem foi se transformando ao passo em que transformava a natureza, logo o desenvolvimento da consciência está inserido nesse complexo processo. Então, pode-se dizer que a consciência é produto do desenvolvimento do homem, entretanto “para uma filosofia materialista, o produto tardio não é jamais necessariamente um produto de menor valor ontológico” (LUKÁCS, 2011, p. 03).

Ao contrário, o desenvolvimento da consciência é o espelho do salto ontológico do homem, provando que o ato de modificação da natureza é o que

realmente distingui o homem dos demais animais. Ou seja, “Quando se diz que a consciência reflete a realidade e, sobre essa base, torna possível intervir nessa realidade para modificá-la, quer-se dizer que a consciência tem um poder no plano do ser e não que ela é carente de força.” (LUKÁCS, 2011, pag. 03). Portanto:

Pode-se distinguir os homens dos animais pela consciência, pela religião ou pelo que se queira. Mas eles mesmos começam a se distinguir dos animais tão logo começam a *produzir* seus meios de vida, passo que é condicionado por sua organização corporal. Ao produzir seus meios de vida, os homens produzem, indiretamente, sua própria vida material. (MARX; ENGELS, 2007, pag. 87)

Desse modo, o ponto de partida que leva ao processo de diferenciação do homem dos demais animais se dá no momento em que o homem se torna protagonista de sua própria história, atuando através da modificação da natureza, para que esta se adapte as suas necessidades, quando o homem começa a produzir as condições necessárias a sua reprodução de forma cada vez mais consciente. Enfim, ao “produzir seus meios de vida, os homens produzem, indiretamente, sua própria vida material” (MARX; ENGELS, 2007, pag. 88).

Ao passo em que o homem adaptara a natureza a si, ia ao mesmo tempo se modificando, distanciava-se cada vez dos demais animais, pois sua reprodução não mais seguia o direcionamento puramente biológico, o homem começava a se reproduzir socialmente. Deixa, definitivamente, de ser espécie humana e se tornava gênero humano.

Essa passagem de espécie a gênero possui um significado de importância histórica determinante no processo de humanização do homem. A reprodução enquanto espécie se dá pela transmissão hereditária de genes que o diferenciam dos demais animais, dando-lhe características estruturais própria da espécie. Enquanto o entendimento do homem como gênero refere-se, apesar da importância da herança genética da estrutura corporal do homem desenvolvida pelo processo de trabalho, ao seu desenvolvimento social, em uma totalidade complexa, carregando consigo toda a história produzida pela humanidade. Portanto, o homem é a junção entre teoria e prática, é um ser da práxis⁴⁴.

O mundo humanizado aparece pela própria humanização do homem primitivo, quando este, cada vez mais vai se afastando do mundo puramente

⁴⁴ “A práxis envolve o trabalho, que na verdade, é o seu modelo – mas inclui mais que ele: inclui todas objetivações humanas” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 53)

natural, regido pela força da natureza, e convertendo-se, este mundo natural, em mundo social, tornando cada vez mais complexa as relações. O modo como o homem começa a produzir sua existência reflete a forma como está organizada sua vida social, ou seja, como produz trabalho, levando em consideração como, com o que e porque produzir.

A humanização, tarefa posta no presente momento do trabalho, pode ser compreendida pelo processo complexo e contínuo de desenvolvimento do homem, mediado pelo trabalho. Mas não se refere ao homem enquanto ser natural (orgânico e inorgânico), mas sim ao seu desenvolvimento em sociedade e, portanto, o homem como ser social. A humanização está diretamente ligada à construção da sociedade, ao passo que homens e mulheres estão inseridos não como indivíduos isolados, mas como ser social em movimento. Desta maneira, a história se revela como a história do ser social.

Numa palavra, este é o processo da **história**: o processo pelo qual, sem perder sua base orgânico-natural, uma espécie da natureza constitui-se como espécie **humana** – assim, a história aparece como a história do desenvolvimento do ser social, como processo de **humanização**, como processo de produção da humanidade através de sua auto-atividade; o desenvolvimento histórico é o desenvolvimento do ser social. (NETTO; BRAZ, 2011, P. 48)

Conseqüentemente, o mundo humanizado é caracterizado por Netto e Braz (2011) pela capacidade dos homens realizarem atividades teleologicamente orientadas; objetivar-se material e idealmente; comunicar-se e expressar-se pela linguagem articulada; tratar suas atividades e a si mesmo de modo reflexivo, consciente e autoconsciente; escolher entre alternativas concretas, universalizar-se e sociabilizar-se.

Isto posto, pensar o processo de saúde é também pensar a saúde dentro do desenvolvimento da sociedade, em como o homem busca alternativas para garantir condições de vida, prevenir ou tratar suas enfermidades. Tudo isso só é possível ao ser social, pois no mundo estritamente orgânico-natural não se erguem estruturas especializadas em debelar doenças ou um complexo farmacêutico que compreenda, ou pelo menos tente compreender através de pesquisas científicas, o funcionamento do corpo humano e propor drogas que possam restabelecer suas condições normais.

Significa dizer que “o homem torna-se um ser que dá respostas” (LUKACS, 2011, p. 05), respostas estas mediadas pelo carecimento. O homem através do seu desenvolvimento consegue passar de um estágio de carência para um de fartura devida a sua própria atividade, o trabalho. Ele generaliza “transformando as perguntas de seus próprios carecimentos e suas possibilidades de satisfazê-los e quando em sua resposta ao carecimento que a provoca funda e enriquece a própria atividade com tais mediações, frequentemente articuladas” (LUKACS, 2011, p. 05).

A apreensão do complexo movimento de socialização humana, de humanização do mundo e construção de relações sociais entre os homens é de suma importância para a percepção de que o desenvolvimento material do homem é produto de sua ação intencional⁴⁵ na transformação do mundo e, que o processo vivido de desumanização das relações sociais ocorre pela forma como o homem tem reproduzido sua existência. E reflete, inclusive, na construção de uma política pública de saúde inscrita dentro de um discurso humanizador, como o HUMANIZASUS, sem a definição do que se trata essa humanização, sem um questionamento crítico do processo de produção e reprodução do mundo dos homens.

Segundo Gerner (2008, p. 13) “a concepção materialista requer que as leis que presidem a realidade social sejam identificadas através da análise dos fatos reais e não derivadas da intencionalidade do homem”. Assim, a seguir, tem-se a análise da apropriação do trabalho pelo capital, ponto chave para o entendimento atual processo de desumanização apontada na política nacional de humanização de a saúde.

3.3 A Desumanização: humanização-alienação

No modo de produção capitalista há um crônico processo de subsunção do trabalho ao capital, tendo como pressuposto a “separação do produtor direto de seus meios de produção e subsistência e a sua conversão em trabalhador assalariado” (ZEFERINO, 2010, p. 101). Nessa acepção, há uma separação entre

⁴⁵ Essa ação intencional apontada não quer dizer necessariamente que os homens fazem a história como bem desejam, ao contrário essa intencionalidade é mediada pelas condições materiais de uma época histórica, ou melhor, “Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”. (MARX, 2011, pag. 25)

produtor e produto, na qual as relações sociais, demarcadas historicamente, não expressam a totalidade criadora do mundo humanizado, ao contrário, dá-se início a “contradição essencial do sistema capitalista: a produção social da riqueza e a sua apropriação privada” (ZEFERINO, 2010, p. 101).

Tendo em vista esse processo, a partir de agora, ressalta-se o estudo dos elementos que caracterizam essa forma de organização social e como se dá o processo de valorização, acumulação de capital e alienação do homem. Tendo sempre em mente que “o valor e o dinheiro, como categorias teóricas, são concebidas na teoria de Marx como expressões de relações sociais de um modo de produção determinado, ou seja, relações de produção e distribuição no modo de produção capitalista” (GEMER, 2008, p. 26).

O processo pelo qual se tem início com a acumulação primitiva do capital é expresso “pela separação entre o produtor direto e seus meios de produção. Sua efetivação criou duas classes antagônicas, possuidoras de mercadorias distintas que se completam e se defrontam” (ZEFERINO, 2010, p. 102). Esse antagonismo entre classes diferentes é resultado da forma de organização social baseada na divisão do trabalho e propriedade privada, sendo uma classe possuidora dos meios de produção e a outra detentora apenas de sua própria força de trabalho. Em consequência, os produtos do trabalho do homem não possuem mais apenas valor-de-uso, passaram a ser mercadorias possuidoras de valor.

O trabalho é fator fundante no processo do homem se tornar homem, produz, através de uma relação dialética entre o homem e a natureza, o mundo humanizado, sendo este organizado em uma determinada estrutura social definida pelos meios como os homens começam a produzir e reproduzir sua existência. Porém, no momento em que há a cisão entre a produção social e apropriação privada da riqueza produzida, o trabalho já não se mostra única e exclusivamente de forma definida. Assim, a compreensão da dinâmica do capital e o atual processo de desumanização do homem, deve se dar não pela análise de algo que está dado, mas sim como efeito da organização baseada no modo de produção capitalista que gera a contradição entre trabalho e capital.

Com o crescente desenvolvimento das potencialidades humanas e o conseqüente aperfeiçoamento do trabalho, conforme o homem ia ampliando seu horizonte abriam-se novas barreiras e o machado de pedra, por exemplo, já não

atendia as demandas e, em consequência disso, iniciou-se o processo de divisão do trabalho.

A divisão do trabalho consiste na separação de atividades entre membros de uma determinada formação social, no qual um indivíduo produz certo valor-de-uso coletivo que poderá ser trocado por outro produto também possuidor de valor-de-uso, fazendo com que, teoricamente, todos tenham acesso aos bens produzidos. Mas, logo após o processo de divisão social do trabalho, que em essência possui caráter positivo e inicialmente significou a possibilidade de ampliação da produção, o que poderia consequentemente, atender as necessidades de forma mais ampla da humanidade, com o advento do capitalismo⁴⁶, essa divisão do trabalho significou uma produção em larga escala, porém com a apropriação privada dos bens produzidos. A divisão social do trabalho não surge com o capitalismo, mas foi estabelecida inicialmente a fim de atender de forma coletiva as necessidades sociais, dividindo-se atividades para a produção dos mais variados valores-de-uso. Mas, como Gerner explica:

A característica expressa pelo valor, no capitalismo, consiste em que a reprodução normal de uma sociedade baseada na divisão social do trabalho, requer que o tempo de trabalho aplicado em média pelos produtores de um produto fornecido à sociedade seja igual ao tempo contido nos produtos que estes recebem em troca para a subsistência. Este princípio não é um princípio normativo que visa à justiça social, mas expressa uma característica sem a qual uma sociedade baseada na divisão do trabalho não poderia subsistir. Como o capitalismo também se baseia na divisão social do trabalho, esta característica deve apresentar-se com destaque também nele. (GEMER, 2008, p. 28)

Significa dizer que no capitalismo, a divisão social do trabalho está a serviço da acumulação de capital, isto é, no modo de produção capitalista o próprio trabalho está subjugado ao capital. “O trabalho em sua qualidade abstrata já não é o meio de realização da criatividade humana, mas torna-se apenas instrumento de reprodução do capital” (SOBRINHO et al, 2010, p. 77).

Vale ressaltar que o “chamado fenômeno humano é produto de um processo histórico de larguíssimo curso e que a visibilidade do ser social, como inteiramente diverso do ser natural, é relativamente recente” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 53) e que se pode afirmar que “tal visibilidade só se tornou possível há pouco

⁴⁶ Claro que a divisão social do trabalho esteve presente durante o desenvolvimento social do homem, perpassando por outras épocas históricas. Aqui interessa-nos a análise da sociabilidade capitalista, visto que esta é a atual forma de organização social humana.

mais de dois séculos e meio, quando o modo de produção capitalista se consolidou como dominante no Ocidente e operou a constituição do mercado mundial” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 53), permitindo a possibilidade de contato entre todos os grupamentos humanos.

Contudo, em Marx, quando se trata do modo de produção capitalista de mercadorias, o trabalho possui um duplo caráter, uma vez que o mesmo se apresenta ora como valor-de-uso⁴⁷, ora como valor⁴⁸ e, em cada um desses momentos assume particularidades. Em primeiro lugar, esse duplo caráter, essas duas formas de expressão do trabalho não são de forma alguma rupturas, mas pertencem a diferentes momentos de uma mesma forma. E, em segundo lugar, que Marx é o primeiro a apontar esse caráter duplo do trabalho, visto que para os economistas clássicos o trabalho era entendido apenas como valor, ou seja, analisado somente pelo dispêndio da força de trabalho humana.

O trabalho quando se expressa como valor-de-uso, quer dizer, quando o trabalho produz um valor-de-uso, um produto destinado a satisfazer uma necessidade objetiva, este é um trabalho útil. Como podemos verificar:

O casaco é valor-de-uso que satisfaz uma necessidade particular. Para produzi-lo, precisa-se de certo tipo de atividade produtiva, determinada por seu fim, modo de operar, objeto sobre o que opera seus meios e seu resultado. Chamamos simplesmente de trabalho útil aquele cuja utilidade se patenteia no valor-de-uso do seu produto ou cujo produto é um valor-de-uso. (MARX, 2006, p. 63)

Os valores-de-uso para serem entendidos como mercadorias, e assim, se confrontarem e possuir a possibilidade de troca devem ser produtos qualitativamente distintos, produzidos por trabalhos qualitativamente diferentes. Essa diferença qualitativa na produção de mercadorias, por meio de trabalhos úteis diferentes, numa sociedade organizada para a produção das mais diversas mercadorias, pressupõe a existência de uma divisão social do trabalho, como apontado anteriormente, que “é condição para que exista a produção de mercadorias, embora, reciprocamente, a produção de mercadorias não seja condição necessária para a existência da divisão social do trabalho” (MARX, 2006, p. 64).

⁴⁷ Valor-de-uso é determinado pela utilidade que uma determinada coisa possui, por suas propriedades inerentes à mercadoria. Os valores-de-uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer seja a forma social dela.

⁴⁸ O valor é a expressão que aproxima todas as mercadorias, ou seja, refere-se ao fato de que independente de suas características qualitativas próprias, todas as mercadorias são produto do trabalho humano. Portanto, a substância do valor é o trabalho.

Portanto, do ponto de vista do valor-de-uso interessa tão somente identificar qualitativamente como é o trabalho e qual é o produto do trabalho, suas características que diferem na qualidade de seus produtos. A diferenciação de uma ou outra mercadoria ocorre, de maneira mais clara, se está sendo produzido por um tecelão, um fiador ou por um pedreiro.

Em síntese, quanto ao valor-de-uso, o trabalho enquanto atividade genérica do Homem está intimamente ligado à natureza, pois é através dessa relação que o homem tira da natureza os produtos disponíveis, mas sempre num processo de adapta-los segundo duas necessidades. Ou melhor,

O trabalho, como criador de valores-de-uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem - quaisquer que sejam as formas de sociedade -, é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza e, portanto, de manter a vida humana. (MARX, 2006, p. 65)

Já o trabalho expresso por valor diz respeito, ao processo pelo qual, duas mercadorias qualitativamente distintas podem se equivaler em termos quantitativos, no momento da troca, ocorre pelo fato de que ambos são resultado do trabalho humano, e esta é a expressão que as aproxima. Isto é, em se tratando do trabalho, do trabalho produtor de valor, mesmo que a atividade de um tecelão ou de um alfaiate se diferencie qualitativamente, ambas são variações de um mesmo processo, a atividade transformadora do homem, o trabalho.

Pondo-se de lado o desígnio da atividade produtiva e, em consequência, o caráter útil do trabalho, resta-lhe apenas ser um dispêndio da força humana de trabalho. O trabalho do alfaiate e do tecelão, embora atividades produtivas qualitativamente diferentes, são ambos dispêndio humano produtivo de cérebro, músculos, nervos, mãos etc., e, desse modo, são ambos trabalho humano. São apenas duas formas diversas de despender força humana de trabalho. (MARX, 2006, p. 66)

Dessa maneira, o trabalho enquanto produtor de valor perde seu caráter útil, assim como desaparece a utilidade prática de seu produto. Suprimiram-se as diversas formas do trabalho útil, elas não mais se diferenciam, mas são reduzidas a uma única espécie de trabalho, o qual se caracteriza pelo dispêndio da força humana de trabalho, ou ainda, segundo Marx, “só são substância do valor do casaco e do valor do linho quando se põem de lado suas qualidades particulares, restando a ambos apenas uma única e mesma qualidade, a de serem trabalho humano” (MARX, 2006, p. 67).

As diferenças que se expressam no duplo caráter do trabalho, é a contradição entre o trabalho útil, concreto, produtor de riqueza material e o trabalho abstrato, produtor de valor. E, essa contradição entre riqueza material e valor se manifesta quando o aumento da produtividade faz aumentar de maneira direta a riqueza material da humanidade, mas ao mesmo tempo em que ocorre um decréscimo de seu valor. Quer dizer que riqueza material e valor são grandezas radicalmente distintas e inversamente proporcionais. Como podemos verificar:

Uma quantidade maior de valor de uso cria, de per si, maior riqueza material: dois casacos representam maior riqueza que um. Com dois casacos podem agasalhar-se dois homens, com um casaco, só um, etc. não obstante, ao acréscimo da massa de riqueza material pode corresponder uma queda simultânea no seu valor. Esse movimento em sentidos opostos se origina do duplo caráter do trabalho. Produtividade é sempre produtividade do trabalho concreto, útil, e apenas define seu grau de eficácia da atividade produtiva adequada a um fim, em dado espaço de tempo. O trabalho útil torna-se, por isso, uma fonte mais ou menos abundante de produtos na razão direta da elevação ou queda de sua produtividade. [...] A mesma variação da produtividade que acresce o resultado do trabalho e, em consequência, a massa dos valores de uso que ele fornece reduz a magnitude do valor dessa massa global aumentada quando diminui o total do tempo de trabalho necessário para sua produção. E vice-versa. (MARX, 2006, p. 68)

Em vista disso, o duplo caráter do trabalho refere-se ao fato que:

Todo trabalho é, de um lado, dispêndio de força humana de trabalho no sentido fisiológico e, nessa qualidade trabalho humano igual ou abstrato, cria o valor das mercadorias. Todo trabalho, por outro lado, é dispêndio de força humana de trabalho, sob forma especial, para um determinado fim, e, nessa qualidade de trabalho útil e concreto, produz valor de uso. (MARX, 2006, p. 68)

E, é no capitalismo que essa produção de valor atinge seu ponto alto de caracterização. O “valor é a expressão, no capitalismo, de uma característica resultante da divisão social do trabalho, que existe desde o início da história da civilização, isto é, desde que o ser humano emergiu da condição de simples animal” (GEMER, 2008, p. 12). Para que se possa compreender a dinâmica do capital e como ela está tão presente no dia-a-dia, mesmo que de maneira inconsciente, Marx faz o convite para a análise. E, ele começa apontando que:

O produto, de propriedade do capitalista, é um valor-de-uso: fios, calçados etc. Mas, embora calçados sejam úteis à marcha da sociedade e nosso capitalista seja um decidido progressista, não fabrica sapatos por paixão aos sapatos. Na produção de mercadorias, nosso capitalista não é movido por puro amor aos valores-de-uso. Produz valor-de-uso apenas por serem e enquanto forem substrato material, detentores de valor-de-troca. Tem dois

objetivos. Primeiro, quer produzir um valor-de-uso que tenha um valor de troca, um artigo destinado à venda, uma mercadoria. E segundo, quer produzir uma mercadoria de valor mais elevado que o valor conjunto das mercadorias necessárias para produzi-la, isto é, a soma dos valores dos meios de produção e força de trabalho, pelos quais antecipou seu bom dinheiro no mercado. Além do valor de uso, quer produzir mercadoria, além do valor-de-uso, valor, mas também valor excedente (mais-valia). (MARX, 2006, p. 216)

Esse processo contraditório e antagônico de produção de mercadorias⁴⁹ ocorre em duas vias: a do processo de trabalho e a do processo de valorização. Recordando que estas duas vias só podem ser separadas para fins didáticos, pois estão inseridas num mesmo decurso, em seu próprio movimento dialético.

Os elementos pertencentes ao processo de trabalho são: a finalidade de uma atividade, os meios pelo qual vai se realizar a atividade e a matéria que irá dar origem ao produto final. A finalidade de uma atividade diz respeito ao próprio trabalho, ao ato de as forças corporais estarem em movimento em uma determinada atividade, surgida pela necessidade. Contudo, deve-se ter claro que, o homem adquiriu, durante o seu processo de humanização, a capacidade de não apenas exercer atividades a fim de suprir necessidades imediatas, mas, também, de transformar em perguntas a sua escassez.

Quanto à matéria, um dos elementos constituintes do processo de trabalho, este dará origem ao produto acabado, é a partir dela que surgirá o fruto de toda a atividade do homem ou nas palavras de Marx (2006, p. 212) são “todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural”. Mas a matéria pode assumir variadas denominações de acordo com o processo de produção, isso porque existem matérias de produção que já são transformadas anteriormente pelo trabalho do homem, como é o caso do algodão, que dará origem a um tecido. A esse tipo de material damos o nome de matéria-prima.

Já em relação ao meio de trabalho, este é “uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador⁵⁰ insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto” (MARX, 2006, pag. 213), ou

⁴⁹ “A unidade entre valor de uso e valor de troca dá origem à mercadoria produzida sob um processo de trabalho especificamente capitalista. É sob esta forma histórica que o processo de trabalho e o processo de valorização desenham, de modo integrado, o processo de produção” (RIBEIRO, 2015, p. 27)

⁵⁰ Ressaltar que o termo trabalhador aqui se refere ao homem que realiza trabalho, sua atividade genérica, que põe em movimento sua força de trabalho e não ao trabalhador moderno.

seja, o meio de trabalho é definido como as condições materiais para que o mesmo possa ocorrer. Como, por exemplo, a terra que serve para o plantio e criação de gado, a máquina de tear, que apesar de ser fruto do trabalho do homem, é o meio para que se possa produzir tecidos.

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto que atuou. Concretizando-se, e a matéria esta trabalhada. O que se manifesta em movimento, do lado do trabalhador, se revela agora qualidade fixa, na forma de ser, do lado do produto. Ele teceu, e o produto é um tecido (MARX, 2006, pag. 214)

Conforme Marx coloca na passagem acima contida em sua obra O Capital, a produção de um determinado objeto tem por finalidade atender as demandas do homem, adquirindo assim um valor-de-uso. Os meios pelos quais é produzido o valor-de-uso indicam o grau de desenvolvimento atingindo em determina forma de organização social. Portanto “O que distingue as diferentes épocas econômicas não é o que se faz, mas como, com que meios se faz” (MARX, 2006, p. 214).

O processo de valorização, de produzir mais-valia refere-se ao momento em que a produção de um determinado valor-de-uso é para o capitalista nada mais que um produto que poderá ser trocado no mercado, em que o valor arrecadado pela troca deve ser maior que o gasto para a produção, sendo que esse excedente é o lucro, a mais-valia.

Voltando ao principio do processo de produção de valor, Gemer traça um quadro de como se dá a reprodução da lei do valor:

O que se observa na troca é que as mercadorias são trocadas com base na igualação de algo que se denomina valor, fórmulas do tipo 'x merc A= y merc B', por exemplo, ' 1 livro = 5 CDs'. Esta fórmula, no entanto, é irracional, uma vez que parece igualar quantitativamente duas características qualitativas de mercadorias, que são os seus valores de uso – livro e cd. Ora, não há padrão de comparação que permita comparar quantitativamente objetos ou fenômenos de qualidades diferentes. Assim, nada há nos valores de uso destes dois objetos que justifique igualar 1 livro a 5 CDs. Portanto, a igualação obtida nas trocas deve referir-se a algo que a fórmula das trocas não revela. Através de uma sucessão de abstrações, Marx chega ao resultado de que o que se iguala são os tempos de trabalho abstrato contidos nas mercadorias trocadas. (GEMER, 2008, p. 25)

E, Germer continua:

O tempo de trabalho abstrato, no entanto, é o tempo de trabalho nas condições médias de cada ramo de produção, ou seja, é a quantidade média de trabalho setorial representada por cada mercadoria. Este trabalho meio denomina-se trabalho social. Portanto, não são os trabalhos individuais que são igualados na troca, mas os trabalhos sociais. (GERMER, 2008, p. 25)

Durante a produção de uma determinada mercadoria deve-se tomar o cuidado para não exceder o tempo socialmente necessário⁵¹ para a produção da mesma, pois é este tempo que irá se transformar em valor, em mais-valia. Portanto, tem-se aí o princípio de acumulação do capital que é a geração de valor excedente.

Pode-se perceber que a acumulação de capital se dá através da produção de valor e da produção da mais-valia, porém “comparando o processo de produzir valor com o de produzir mais-valia, veremos que o segundo só difere do primeiro por se prolongar além de certo ponto” (MARX, 2006, p. 181). Pois, o processo de valorização se dá pela mediação entre o valor pago durante o processo de produção de uma mercadoria, incluindo a força de trabalho e a matéria-prima, paga pelo capitalista e seu equivalente no mercado.

A partir disso, “o processo de produzir valor torna-se processo de produzir mais-valia [valor excedente]” (MARX, 2006, p. 183). Ou seja, o valor pago no mercado por um determinado produto, não é apenas o valor equivalente ao gasto do capitalista durante o processo produtivo, é mais que isso, o valor pago é valor do produto adicionado um valor excedente, esse valor excedente é o lucro. E o lucro é o que move a vontade de produzir do detentor dos meios de produção, o capitalista.

Em suma, o processo de valorização pode ser caracterizado pela mensuração baseado no “tempo despendido na produção, onde a força de trabalho é utilizada de modo útil, é que apresenta importância de modo que a forma quantitativa da produção assume relevância” (RIBEIRO, 2015, p. 15). Nessa perspectiva, o trabalho só é considerado pela sua medida de tempo.

No tocante a reprodução individual do homem, consegue-se perceber que ela se materializa também pela mediação do dinheiro, pois este é o produto em circulação na sociedade capitalista. Todas as trocas são mediadas pelo dinheiro, sendo assim, para que o homem tenha acesso aos bens necessários para sua subsistência, como por exemplo, o alimento, deve possuir dinheiro para ser trocado

⁵¹ “o tempo socialmente necessário à produção de mercadorias é o tempo exigido pelo trabalho com um grau médio de habilidade e de intensidade e em condições normais, relativamente ao meio social dado” (MARX, 2006, p. 222)

por essas mercadorias. Mas como o homem pertencente à classe não detentora dos meios de produção terá acesso ao dinheiro? A resposta se dá pela venda da única coisa que lhe pertence: a força de trabalho.

A relação entre o capitalista e o vendedor da força de trabalho é descrita por Marx, da seguinte maneira:

Ao comprador pertence o uso da mercadoria, e o possuidor da força de trabalho apenas cede realmente o valor-de-uso que vendeu, ao ceder trabalho. Ao penetrar o trabalhador na oficina do capitalista, pertence a este o valor-de-uso de sua força de trabalho, sua utilização, o trabalho. O capitalista compra força de trabalho e incorpora o trabalho, fermento vivo, aos elementos mortos constitutivos do produto, aos quais também lhe pertence. Do seu ponto de vista o processo de trabalho é apenas o consumo da mercadoria que comprou a força de trabalho, que só pode consumir dando-lhe os meios de produção. O processo de trabalho é um processo que ocorre entre coisas que o capitalista comprou, entre coisas que lhe pertencem. O produto desse processo pertence-lhe do mesmo modo que o produto do processo de fermentação em sua adega. (MARX, 2006, p. 219)

O trabalho subjugado ao capital perde sua essência fundamental de dar ao homem a possibilidade de desenvolver todas as suas potencialidades, o homem torna-se, ao ponto que vende sua força de trabalho, simples mercadoria. Não possuindo os meios de produção, estabelece com o comprador de sua força de trabalho uma relação de troca, em que um vende sua força de trabalho e o outro a compra, surgindo dessa forma o trabalho assalariado. Mas, o salário que o trabalhador recebe pela venda de sua força de trabalho é um valor diferente do valor do produto final de seu trabalho. Essa diferença de valor ocorre pelo fato de o capitalista ter por finalidade o valor excedente, a mais-valia.

Marx (2004, p. 23) já afirmava que “o salário é determinado mediante o confronto hostil entre capitalista e trabalhador”, no entanto, nessa disputa, o capitalista possui mais vantagens que o trabalhador por possuir os meios de produção, e, por isso, conseqüentemente, o trabalhador é mais dependente do capitalista do que o capitalista do trabalhador. Portanto, o salário pertencente ao fluxo do capital, está sujeito às alterações econômicas, colocando o trabalhador mais uma vez refém do capital.

Nos Manuscritos de 1844, Marx aponta como se dá a relação entre as alterações econômicas e suas conseqüências para o trabalhador:

O trabalhador tornou-se uma mercadoria e é uma sorte para ele conseguir chegar ao homem que se interesse por ele. E a procura, da qual a vida do trabalhador depende, depende do capricho do rico e capitalista⁵. Se a

quantidade de oferta excede a procura, então uma das partes constitutivas do preço – lucro, renda da terra, salário – é paga abaixo do *preço*, portanto uma parte desses rendimentos (*Leistungen*) subtrai-se dessa aplicação e o preço de mercado gravita para o preço natural como ponto central. Mas, 1) se para o trabalhador, mediante uma grande divisão do trabalho, é difícil dar ao seu trabalho uma outra direção, 2) cabe-lhe, na sua relação subalterna com o capitalista, antes de mais nada o prejuízo. (MARX, 2004, p. 24)

O processo de mercantilização do homem e de todos os componentes da vida humana na sociedade capitalista, sempre em destaque na teoria marxiana, analisado a partir da materialidade das relações sociais e de seu respectivo processo histórico, excluindo-se todas as possíveis respostas de ação divina, ocorre pela compra de trabalho vivo, pela “coisificação” de toda a humanidade, pois o “trabalho é a fonte de toda riqueza humana, mas o trabalho enquanto mercadoria é a fonte da riqueza do capital” (SOBRINHO et. al, 2010, p. 78).

Significa dizer que o trabalho, ontologicamente enquadrado, é a atividade responsável pela humanização do homem, pelo desenvolvimento de sua consciência, pela apropriação da natureza e domínio, ainda que relativo, das leis naturais. Porém, quando esta atividade se encontra incorporada e subjugada às leis do mercado, toda a sua natureza de potencializar a essência humana é convertida em empobrecimento, em carência humana, pois “a relação estranha entre o capitalista e o trabalhador, e a fria relação entre os homens intermediados pelos dígitos do papel moeda é a relação de exploração do homem pelo próprio homem” (SOBRINHO et. al, 2010, p. 79). A concretização dessa relação estranhada pode levar à autodestruição do homem.

O trabalho, enquanto trabalho útil, concreto, que deveria ser a expressão primeira da humanidade, da realização social do homem, ao passo, que se torna um trabalho estranhado, abstrato, retira do homem sua potencialidade criadora, prazerosa. O trabalho abstrato é externo ao homem - ao trabalhador – ou seja, o trabalho não pertence ao trabalhador, ao invés de afirmar e reafirmar a humanidade, este - o trabalho abstrato – nega o homem, o desumaniza. “Sua estranheza (*Fremdheit*) evidencia-se aqui [de forma] tão pura que, tão logo inexista coerção física ou outra qualquer, foge-se do trabalho como de uma peste” (MARX, 2004, p.88). A externalidade do trabalho faz com que o homem só sinta pleno quando não está trabalhando, portanto, o trabalho abstrato, alienado/estranhado, aparece como

a perda da autoatividade humana, perda do homem de si mesmo, sua própria desumanização.

No decorrer do desenvolvimento histórico-social do homem, o capitalismo representou um avanço em relação aos modos de produção que o antecederam, como por exemplo, o feudalismo⁵², pois pela primeira vez na história o homem começa a produzir em grande escala, alcança um importante desenvolvimento tecnológico, enfim, tem a possibilidade de universalização de toda a riqueza produzida pela humanidade. Porém, Marx aponta que o desenvolvimento das forças produtivas se deu pela necessidade de expansão própria do capital:

A grande qualidade histórica do capital é criar este trabalho excedente, trabalho supérfluo do ponto de vista do mero valor de uso, da mera subsistência; e seu destino histórico é realizado tão logo tenha havido, de um lado, tal desenvolvimento das necessidades que o trabalho excedente, acima e além da necessidade, se tenha tornado uma necessidade geral que brota das próprias necessidades individuais e, por fim, quando o desenvolvimento das forças produtivas do trabalho que o capital incessantemente força avante na sua mania ilimitada por riqueza e pelas condições únicas em que esta mania pode ser realizada, tenha florescido ate que a posse e a preservação da riqueza geral exijam menos tempo de trabalho da sociedade como um todo, e em que a sociedade trabalhadora se relacione cientificamente com o processo de sua reprodução progressiva, sua reprodução em abundância cada vez maior; portanto onde cessa o trabalho no qual o ser humano faz algo que pode ser feito por outra coisa... o impulso incessante do capital para a forma geral de riqueza leva o trabalho para além dos limites da sua insignificância natural, e assim cria os elementos materiais de uma individualidade rica, tão multifacetada na sua produção quanto no seu consumo, e cujo trabalho, por isso já não aparece como trabalho, mas como desenvolvimento pleno da própria atividade, da qual desapareceu a necessidade natural em sua forma direta, porque é a necessidade historicamente criada que tomou o lugar daquela natural. É por isso que o capital é produtivo isto é, uma relação essencial para o desenvolvimento das forças produtivas sociais. Ele deixa de existir como tal somente onde o desenvolvimento dessas próprias forças produtivas encontra sua barreira no próprio capital. (MARX, 2006, p. 325)

Assim, Marx expõe os limites impostos pela própria lógica do capital, que apesar de todo o desenvolvimento das forças produtivas não está voltado para atender às demandas sociais, mas sim garantir à acumulação do capital e reafirmar o direito a propriedade privada. Ivo Tonet mostra essa contradição, apontando a decadência do mundo do capital da seguinte forma:

⁵² O Feudalismo foi um modo de organização econômico, político e social, que perdurou na Europa por toda idade média, no qual a sociedade era dividida em quatro classes sociais: Clero, Nobreza, Servos da Gleba e Vassalos. Com uma economia baseada na agricultura de subsistência, sustentada pelo trabalho sérvio, sem circulação de mercadorias.

Uma ordem social que, tendo alcançado a possibilidade de criar riquezas capazes de satisfazer as necessidades de todos, vê-se impossibilitada de atender essa exigência. E que, para manter-se em funcionamento, precisa impedir, de maneira cada vez mais aberta e brutal, o acesso da maior parte da humanidade à riqueza social. Em vez de impulsionar a humanidade toda no sentido de uma elevação, cada vez mais ampla e profunda, do seu padrão de ser (ontológica e não apenas material e empiricamente entendido), o que se vê é uma intensa e crescente degradação da vida humana. (TONET, 2007, p. 02)

O trabalhador não vê o trabalho como ato resultante da sua atividade histórica, o produto do seu suor não o pertence, é estranho a ele. “O trabalho efetivo não é um trabalho amoroso, erotizado, mas sim um trabalho constrangido, alienado; o trabalho abstrato corresponde [...] a uma ‘leal jornada de trabalho’ de um homem mediano” (BENSAID, 2011, p. 02). O trabalho estranho ao homem o reduz ao mesmo status da máquina, produtora em série, mas sem a consciência de sua produção.

O homem começa a não se reconhecer no produto de seu trabalho, pois de fato, este produto não o pertence, não reflete a sua liberdade de criação, mas sim a necessidade de acúmulo de riqueza do detentor dos meios de produção que é, inclusive, comprador de sua força de trabalho. O trabalhador ao ponto que produz riqueza e não tem acesso à mesma, torna-se cada vez mais empobrecido. Esse é o processo de alienação do trabalho, sendo resultado da valorização do mundo das coisas em detrimento do mundo dos homens. Marx aponta as consequências dessa alienação:

O trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadoria cria. Com a *valorização* do mundo das coisas (*Sachenwelt*) aumenta em proporção direta a *desvalorização* do mundo dos homens (*Menschenwelt*). O trabalho não produz somente mercadorias; ele produz a si mesmo e ao trabalhador como uma *mercadoria*, e isto na medida em que produz, de fato, mercadorias em geral. (MARX, 2004, p. 80)

A alienação aparece para o homem como uma venda nos olhos e tetraplegia cognitiva para que ele não se reconheça como criador de sua existência, que é sujeito ativo no processo de exteriorização da vida. Mas, a alienação não surge como algo dado, mas sim em consequência do mundo no qual é da propriedade privada os bens produzidos pela humanidade, que esta mesma alienação serve para a manutenção da riqueza nas mãos de poucos, ou seja, nas

mãos dos capitalistas, trazendo consigo a deteriorização do próprio homem. Mézaros caracteriza a alienação da seguinte forma:

A alienação caracteriza-se, portanto, pela extensão universal da “vendabilidade” (isto é, a transformação de tudo em mercadoria); pela conversão dos seres humanos em “coisas”, para que eles possam aparecer como mercadorias no mercado (em outras palavras: a “reificação” das relações humanas); e pela fragmentação do corpo social em “indivíduos isolados”, que perseguem seus próprios objetivos limitados, particularistas, “em servidão a necessidade egoísta”, fazendo de seu egoísmo uma virtude em seu culto da privacidade. (MÉSZAROS, 2006a, p. 47)

Nesse sentido, para caracterizar as relações sociais no mundo do capital, leva-se em consideração a relação dialética entre a divisão do trabalho, o produto final do trabalho com a finalidade de troca, sua apropriação privada e o culto ao egoísmo. As relações sociais se estruturam no mundo do capital, a partir da divisão social do trabalho, garantindo as condições para a propriedade privada. Esta tem sua lógica voltada para a troca de um produto pelo valor excedente, assegurando a margem de lucro. Porém, para que esse sistema se configure enquanto sistema econômico dominante deve-se garantir a sua dominação ideológica, como é o caso da necessidade egoísta da lucratividade.

No percurso para a apreensão e compreensão das relações sociais, notadamente marcadas, no modo de produção capitalista, por um processo desumanizante, também refletidos nas práticas e serviços de saúde, há que se demarcar a premissa da relação humanização-alienação nesse processo, “nunca humanização ou alienação, mas sempre humanização-alienação. Somente assim, unidos, indissociáveis, polares e contraditórios, podem expressar a riqueza e contradição do real sob relações sócio hegemônicas” (GOMES; SCHRAIBER, 2011, p. 347).

Pensar o complexo humanização-alienação reside na constatação histórica de que a desumanização não aparece como algo intrínseco ao homem, mas como desdobramento de sua própria humanização, de sua sociabilização. Isto é:

O desenvolvimento das forças produtivas é necessariamente o desenvolvimento das capacidades humanas, mas – e aqui emerge plasticamente o problema da alienação – o desenvolvimento das capacidades humanas não produz obrigatoriamente aquele da personalidade humana. Ao contrário: justamente potencializando capacidades singulares, pode desfigurar, aviltar, etc. a personalidade do homem. (LUKÁCS, 2012, p. 581)

Segundo Tumolo (2011, p. 04), “a alienação em Marx, significa o processo por meio do qual a essência humana dos operários se objetivava nos produtos do seu trabalho e se contrapunha a eles por serem produtos alienados e convertidos em capital”. Nesse sentido, a alienação está situada na contradição existente de produção social da vida humana e apropriação privada da riqueza socialmente produzida, alicerçada no modo de produção organizada humanamente para mercantilização de suas objetivações, estejam elas no plano objetivo ou subjetivo.

A sociabilidade humana alienada pode ser caracterizada, didaticamente, primeiro pelo estranhamento do homem do seu próprio produto do trabalho, segundo pelo estranhamento de si mesmo, terceiro o homem não se reconhece pertencente ao gênero humano e, por fim, o estranhamento com relação ao outro homem. Mas o que significa o estranhamento do homem em relação ao produto do seu trabalho?

O processo de apropriação dos meios de produção nas mãos de poucos, de uma classe dominante com o intuito de produzir valor excedente, a mais-valia, trouxe para a maioria dos homens, aos trabalhadores, apenas a possibilidade de subsistir, ao invés do florescimento de suas potencialidades. Por isso, coube ao trabalhador vender ao capitalista a única coisa que pode considerar sua, a força de trabalho.

No decorrer desse processo, o trabalhador já não se vê no produto que ele mesmo produziu, este produto torna-se estranho a ele. Estranho porque não o pertence, e além de não o pertencer, será quase impossível que o trabalhador tenha acesso através do fluxo mercadológico a esse mesmo produto, pois não recebe o suficiente, pela venda de sua força de trabalho, para poder adquiri-lo.

Tomemos como exemplo uma fábrica de carros de luxo, organizada por setor, sendo cada setor especializado em uma dada área. No setor de montagem trabalha o “seu João”, que passa anos da sua vida na linha de montagem de carros conversíveis, super potentes, além de belíssimos. Seu João para ir ao trabalho tem que pegar ônibus lotado todos os dias, todos os seus anos de trabalho nessa fábrica não garantiu a ele a possibilidade de acesso aos conversíveis. Portanto, este carro é estranho ao seu João, ele não o vê como fruto do desenvolvimento de toda a humanidade através da atividade de formação do gênero humano, o trabalho.

Primeiro, o trabalho se transforma em objeto, assume uma existência externa, ou seja, no trabalho o trabalhador se exterioriza. Segundo, o

trabalho existe independente do trabalhador e se transforma em um "poder autônomo em oposição a ele". A alienação do trabalhador, portanto, aparece como uma forma peculiar da exteriorização humana na qual, ao mesmo tempo em que um produto objetivo é produzido enquanto exterioridade se engendra uma relação de oposição entre produtor e produto. Essa relação manifesta uma tendência proporcionalmente antagônica entre eles. O primeiro se empobrece cada vez mais e o segundo se torna cada vez mais poderoso. Esta crescente divergência de sentido acaba por levá-los a se estranharem mutuamente, transformando a vida que o trabalhador deu ao objeto numa força hostil e estranha. (COSTA, 2009a, p. 09)

Portanto, o estranhamento do homem ao produto do trabalho refere-se à alienação do homem em relação ao “mundo sensível exterior, ou seja, com os elementos pertencentes à natureza” (MARX, 2004, p. 82).

Em relação ao estranhamento do homem em relação a si mesmo, este se refere ao não reconhecimento do homem em sua própria atividade:

É a expressão da relação do trabalho com o ato de produção no interior do processo de trabalho, isto é, a relação do trabalhador com sua própria atividade como uma atividade alheia que não lhe oferece satisfação em si e por si mesma. Mas apenas pelo ato de vendê-la a outra pessoa. (isso significa que não é a atividade em si que lhe proporciona satisfação, mas uma propriedade abstrata dela: a possibilidade de vendê-la em certas condições.) Marx refere-se a segunda como autoestranhamento. (MÉSZÁROS, 2006a, p. 47)

E, Marx a fim de elucidar ainda mais este processo de alienação do homem em relação a si, coloca que:

Na determinação de que o trabalhador se relaciona com o *produto de seu* trabalho como [com] um objeto *estranho* estão todas estas consequências. Com efeito, segundo este pressuposto está claro: quanto mais o trabalhador se desgasta trabalhando (*ausarbeitet*), tanto mais poderoso se torna o mundo objetivo, alheio (*fremd*) que ele cria diante de si, tanto mais pobre se torna ele mesmo, seu mundo interior, [e] tanto menos [o trabalhador] pertence a si próprio. É do mesmo modo na religião. Quanto mais o homem põe em Deus, tanto menos ele retém em si mesmo. O trabalhador encerra a sua vida no objeto; mas agora ela não pertence mais a ele, mas sim ao objeto. Por conseguinte, quão maior esta atividade, tanto mais sem-objeto é o trabalhador. Ele não é o que é o produto do seu trabalho. Portanto, quanto maior este produto, tanto menor ele mesmo é. (MARX, 2004, p. 81)

O trabalho alienado não tem por objetivo atender as necessidades humanas, no seu mais amplo sentido, mas sim atender as demandas do capital, por esse motivo o trabalhador não se reconhece nessa atividade, a realiza pelo único motivo: garantir a sua sobrevivência.

O estranhamento do homem em relação ao próprio gênero, isto é, o não reconhecimento do homem pertencente ao gênero humano, também é resultado da sociabilidade baseada no capital. Mas o que define o gênero humano? E por que o homem já não se reconhece pertencente ao gênero humano?

Lembrem-se do processo no qual o homem primitivo começou a se distanciar do seu ancestral comum com o macaco moderno, num salto ontológico, através da transformação da natureza, adequando a natureza às necessidades do homem, sendo esta transformação mediada pelo trabalho. Logo, o trabalho diferencia o homem dos demais animais. Como destaca Marx:

O engendrar prático de um *mundo objetivo*, a *elaboração* da natureza inorgânica é a prova do homem enquanto um ser genérico consciente, isto é, um ser que se relaciona com o gênero enquanto sua própria essência ou [se relaciona] consigo enquanto ser genérico. É verdade que também o animal produz. Constrói para si um ninho, habitações, como a abelha, castor, formiga etc. No entanto, produz apenas aquilo de que necessita imediatamente para si ou sua cria; produz unilateral[mente], enquanto o homem produz universal[mente]; o animal produz apenas sob o domínio da carência física imediata, enquanto o homem produz mesmo livre da carência física, e só produz, primeira e verdadeiramente, na [sua] liberdade [com relação] a ela; o animal só produz a si mesmo, enquanto o homem reproduz a natureza inteira; [no animal,] o seu produto pertence imediatamente ao seu corpo físico, enquanto o homem se defronta livre[mente] com o seu produto. O animal forma apenas segundo a medida e a carência da espécie à qual pertence, enquanto o homem sabe produzir segundo a medida de qualquer espécie, e sabe considerar, por toda a parte, a medida inerente ao objeto; o homem também forma, por isso, segundo as leis da beleza. (MARX, 2004, p. 85)

Na sociedade baseada na propriedade privada, na subsunção do trabalho ao capital, esta atividade, o trabalho, e sua importância ontológica para o desenvolvimento da humanidade é renegada, assim sendo o homem já não reconhece o trabalho como atividade vital da existência do gênero humano. Consequentemente, o homem não se reconhece mais pertencente, por essência, a singularidade de sua vida. Assim:

No mundo prático-efetivo (*praktische wirkliche Welt*) o autoestranhamento só pode aparecer através da relação prático-efetiva (*praktisches wirkliches Verhältnis*) com outros homens. O meio pelo qual o estranhamento procede é [ele] mesmo um [meio] *prático*. Através do trabalho estranhado o homem engendra, portanto, não apenas sua relação com o objeto e o ato de produção enquanto homens que lhe são estranhos e inimigos; ele engendra também a relação na qual outros homens estão para a sua produção e o seu produto, e a relação na qual ele está para com estes outros homens. Assim como ele [engendra] a sua própria produção para a sua desefetivação (*Entwirklichung*), para o seu castigo, assim como [engendra] o seu próprio produto para a perda, um produto não pertencente a ele, ele

engendra também o domínio de quem não produz sobre a produção e sobre o produto. Tal como estranha de si a sua própria atividade, ele apropria para o estranho (*Fremde*) a atividade não própria deste. (MARX, 2004, p. 87)

E, Mészáros completa a análise de Marx:

A alienação do homem ao seu ser genérico está relacionada com a concepção segundo a qual o objeto do trabalho é a objetivação da vida da espécie humana, pois o homem “se duplica não apenas na consciência, intelectual [mente], mas operativa, efetiva [mente], contemplando-se, por isso, a si mesmo num mundo criado por ele.” O trabalho alienado, porém, faz “do ser genérico do homem, tanto da natureza quanto da faculdade genérica espiritual dele, um ser estranho a ele, um meio da sua existência individual. Estranha do homem o seu próprio corpo, assim como a natureza fora dele, tal como a sua essência espiritual, a sua essência humana. (MÉSZÁROS, 2006a, p. 47)

Portanto, a alienação do trabalho, aliena o homem de si mesmo, tornando-o mera “coisa”, igualando a qualquer outro animal que se satisfaz apenas por comer e beber. Aprisiona o homem sem necessariamente o acorrentar, tira sem o mínimo pudor toda sua criatividade, toda a possibilidade de desenvolvimento das potencialidades humanas, como a pintura e a música. O homem acaba por se seguitar, tornando-se uma “máquina de produção de dinheiro”. “O estranhamento, enquanto expressão de uma relação social fundada na propriedade privada e no dinheiro é a abstração da natureza específica, pessoal do ser social, que atua como homem que se perdeu de si mesmo, desumanizado” (ANTUNES, 1997, p. 125).

Por fim, nesse processo de alienação do homem, ocorre o estranhamento do homem em relação ao outro homem, pois estes pertencem a classes distintas, uns poucos exploram a mão de obra de outros muitos. Os homens por pertencerem a classes antagônicas que se defrontam, não possuem os mesmos objetivos, não tem acesso às mesmas coisas, como é o caso de uma educação de qualidade e uma atenção plena a saúde. Além do mais ocorre o estranhamento entre os próprios homens pertencentes à mesma classe, pois estes não se reconhecem, não possuem sentimento de fraternidade, ao contrario, são concorrentes, alguns disputam o mercado de trabalho para vender seus produtos, outros disputam o lugar onde trabalhar. Seja qual for a classe pertencente, o homem já não reconhece o outro homem enquanto homem.

Nesse sentido, Marx constata que:

Uma consequência imediata disto, de o homem estar estranhado do produto do seu trabalho, de sua atividade vital e de seu ser genérico é o

estranhamento do homem pelo [próprio] homem. Quando o homem está frente a si mesmo, defronta-se com ele o *outro* homem. O que é produto da relação do homem com o seu trabalho, produto de seu trabalho e consigo mesmo, vale como relação do homem com outro homem, como o trabalho e o objeto do trabalho de outro homem. Em geral, a questão de que o homem está estranhado do seu ser genérico quer dizer que um homem está estranhado do outro, assim como cada um deles [está estranhado] da essência humana. O estranhamento do homem, em geral toda a relação na qual o homem está diante de si mesmo, é primeiramente efetivado, se expressa, na relação em que o homem está para com o outro homem. (MARX, 2004, p. 86)

Na sequência, Marx indaga que se o produto não pertence ao trabalhador que o produziu a quem pertencerá? E o próprio Marx (2004, p. 86) esclarece: “o ser *estranho* ao qual pertence o trabalho e o produto do trabalho, para o qual o trabalho está a serviço e para a fruição do qual [está] o produto do trabalho, só pode ser o *homem* mesmo”. Então, por consequência, os homens se diferem, são estranhos uns em relação aos outros, o detentor do produto final não é o trabalhador, mas sim o capitalista assim sendo o capitalista e o trabalhador não se reconhece.

Marx, nos Manuscritos Econômico-Filosóficos, ao discorrer sobre o processo do trabalho alienado, utiliza em vários momentos os termos alienação e estranhamento a fim de tentar elucidar o processo pelo qual o homem não se reconhece no processo de produtivo. Porém, em outros momentos essas duas expressões se defrontam, sendo um dos elementos de maior discussão entre os interpretes de referido autor.

Nessa perspectiva, Costa com o objetivo de ajudar no entendimento e diferenciação entre alienação e estranhamento, expõe:

Pode-se dizer que, de acordo com Marx, o trabalho alienado é anterior ao estranhamento, mas é sua base, seu sustentáculo. Marx identifica o trabalho alienado como relação exterior do trabalhador com a natureza e consigo mesmo e, adiante, afirma que a propriedade privada é, primeiramente, fruto do homem alienado e, em seguida, também “do homem tornado estranho”. O homem, o trabalho, a vida tornam-se estranhas a partir da alienação do produto e da atividade. Nesse sentido, a propriedade privada é o produto da atividade humana apartada do homem. (COSTA, 2014, p. 01)

Por conseguinte, entende-se a alienação como o processo pelo qual o homem, no desenvolvimento das forças produtivas, começa a exteriorizar sua vida, juntamente com o desenvolvimento da propriedade privada, ou seja, “a propriedade privada é uma exterioridade produzida pelo homem, pelo trabalho humano que se aliena do próprio homem no processo de desenvolvimento das forças produtivas”

(COSTA, 2009a, p. 07). Já o estranhamento aparece como resultado do processo de alienação do homem é a materialização da alienação. Significa dizer que o estranhamento é produto da sociedade capitalista, a qual se baseia na propriedade privada e que a propriedade privada dos bens produzidos pela humanidade é fruto da alienação do homem dos meios de reproduzir sua existência.

Porém, o estranhamento não se revela da mesma forma entre os homens, tendo em vista a existência do trabalhador e o do não trabalhador, quer dizer, a existência do trabalhador propriamente dito, aquele que utiliza a força de trabalho para a produção e a existência do não trabalhador que possui os meios de produção, não exercendo, na prática, o trabalho. Ao ponto que ao trabalhador é renegado o direito ao acesso dos bens produzidos, o não trabalhador goza de todos os benefícios dos produtos produzidos, como é o caso do desenvolvimento tecnológico, mas nem por isso deixa de estar alienado no processo.

Costa mais uma vez esclarece:

O trabalhador transfere a outro sua atividade que, por sua vez, se torna para ele nociva e inessencial. Este outro é o próprio homem que assume a condição de detentor de propriedade. Nesta condição, ele também está diante do produto como objeto estranho, já que não é fruto de sua atividade, mas, ao mesmo tempo, é dono deste produto e, ao se apropriar do resultado do trabalho, ele se apropria também do processo do trabalho, da atividade do trabalhador; mas apenas exteriormente. Deste modo, o não trabalhador, longe de permanecer excluído do estranhamento, da alienação é também atingido, só que de forma distinta. (COSTA, 2014, p. 08)

Continua dizendo que:

O trabalhador vivencia sensivelmente a alienação e o estranhamento em cada momento de seu cotidiano, mas para o não trabalhador esta não é uma realidade sofrida epidermicamente, na medida em que ele não se desgasta nem física nem espiritualmente na produção. Objetiva e subjetivamente, portanto, ele está apartado deste processo que faz do homem ser genérico – que se afirma tanto em seu ser como em seu saber – pois o seu ser e seu saber se objetivam a partir do outro. (COSTA, 2014, p. 08)

Significa dizer que se o trabalho é a atividade que torna, ontologicamente, o homem em homem, em ser social e não puramente natural, a não realização – sua realização alienada/estranhada - dessa atividade é a negação do próprio trabalho, e, portanto, da própria essência do homem. Deste modo, a negação do trabalho pelo não trabalhador é a negação se si mesmo, é exteriorização de sua vida pelas mãos de outro, apesar do produto do trabalho o pertencer, este é estranho a ele. Além

disso, o estranhamento do não trabalhador se dá por que também ele é escravo da lógica sócio reprodutiva do capital, escravo da necessidade perene de produzir mais e mais dinheiro.

A alienação se faz, portanto, quando os homens, ao se objetivarem-exteriorizarem, estabelecem com seus produtos (sejam produtos do trabalho, sejam relações sociais) uma relação de reificação e estranhamento, ou seja, essas objetivações-exteriorizações ganham autonomia, apresentam-se como estranhas e, inclusive, saindo de seu controle e voltando-se contra seus produtores, impondo-lhes restrições em seu viver, ao invés de representarem, para os sujeitos, suas inscrições humanas no mundo, produzindo aquilo que Lukács denominou de uma sociedade antagônica, ou seja, uma sociedade cujos elementos se voltam contra seus produtores. (GOMES; SCHRAIBER, 2011, p. 342)

A totalidade contraditória do modo de produção da vida humana aponta para uma desumanização das relações sociais. Esta desumanização, por fim, pode ser definida pelo não reconhecimento, pela alienação do homem em relação ao trabalho, atividade ontologicamente responsável por sua humanização, ocorrida “em relações sócio-historicamente determinadas, sob as quais o gênero humano se desenvolve” (GOMES; SCHRAIBER, 2011, p 342). E, no que tange a saúde, o que talvez faça mais sentido, a desumanização dos serviços e práticas de saúde ocorre por que esta, mesmo lidando diretamente com o bem-estar físico, com a manutenção da vida ou com a morte, não se encontra a parte da sociabilidade baseada no capital, mas, ao contrário, se liga a ela, como se constata como o processo saúde-doença, com a predominância de um complexo médico-industrial voltado para a lucratividade.

Por conseguinte, responder questões se há realmente desumanização na relação médico-paciente ou se a desumanização se trata da retirada de direitos deve-se recorrer a todo um percurso histórico social para se constatar que estas relações aparentemente ligadas à área da saúde estão relacionadas ao modo como o homem produz e reproduz sua vida.

Assim, percebe-se, então, a inversão nas relações sociais diante do modo de produção capitalista, do culto a propriedade privada, trazendo como consequência a alienação do homem do processo produtivo e o consequente processo de estranhamento. Todo o processo de apropriação da natureza, de humanização do homem é ignorado pelo capital. Quer dizer, o mundo então humanizado pela ação do homem torna-se desumanizado pela ação do próprio homem que, no desenvolver das forças produtivas, trouxe consigo o

desenvolvimento da propriedade privada. E, este desenvolvimento da propriedade privada traz consigo inúmeras consequências catastróficas como a exploração cada vez mais intensa do homem pelo homem, o culto ao individualismo e egoísmo, a impossibilidade de amar plenamente. A este respeito, Marx traz a seguinte reflexão:

Se as *sensações*, paixões etc. do homem não são apenas determinações antropológicas em sentido próprio, mas sim verdadeiramente afirmações *ontológicas* do ser (natureza) – e se elas só se afirmam efetivamente pelo fato de o seu *objeto* ser para elas *sensivelmente*, então é evidente: 1) que o modo da sua afirmação não é inteiramente um e o mesmo, mas, ao contrário, que o modo distinto da afirmação forma a peculiaridade (*Eigentümlichkeit*) da sua existência, de sua vida; o modo como o objeto é para elas, é o modo peculiar de sua *fruição*. (MARX, 2004, p. 157)

Entende-se que através do afloramento, por exemplo, dos sentimentos, que é peculiar ao gênero humano, deveria sustentar as relações sociais humanas, como conseqüência material de seu desenvolvimento histórico, excluindo o surgimento da propriedade privada. Porém, as relações sociais são reflexo de como o homem vêm reproduzindo sua existência, e o modo de produção hoje é baseada na acumulação do capital, as relações são mediadas com o objetivo que esta acumulação ocorra, para que o capitalista obtenha a mais-valia.

Como dito há algumas linhas atrás, o dinheiro é o mediador no processo de troca de mercadorias, através da venda e compra de determinado produto, a essência humana já não é mais objetivada em sua peculiaridade. Logo "cada apropriação, cada momento de objetivação é venda, esta afirmação se constitui somente pelo dinheiro que é capaz de se apropriar dos objetos independentemente de sua peculiaridade própria" (COSTA, 2009b, p. 62).

A posse do dinheiro começa, então, a valer mais que a essência humana, pois esta mesma essência, no mundo do capital, se perde e se entrelaça a propriedade privada. Desta maneira:

Na mesma medida que cada objeto perde sua especificidade para o dinheiro, cada homem só é na medida do dinheiro. "Aquilo que mediante o dinheiro é para mim, o que posso pagar, isso sou eu, o possuidor do próprio dinheiro". O dinheiro é assim a medida da relação do homem com os outros homens, pois "o que serve de meio para minha vida, serve também de meio para o modo de existência dos outros homens para mim. Isto é para mim o outro homem" (COSTA, 2014, p. 10)

O dinheiro, criação humana, passa a dominar o homem. Suas características peculiares, construídas e desenvolvidas por um longo processo histórico, são renegadas pelo capital e convertidas em papel moeda. "Neste

contexto, os homens, a natureza e os produtos elaborados pelo homem não são determinados pela sua natureza própria, mas pela força do dinheiro” (COSTA, 2009b, p. 11). Então, em um mundo mediado pelo dinheiro, o homem é o resumo empobrecido do que possui.

A mediação da relação entre os homens, realizada através do dinheiro, corroe o caráter, empobreceu e “coisificou” o próprio homem. Costumeiramente se ouve o seguinte ditado: “valemos o que temos e não o que somos”. E, é justamente isso que ocorre numa sociedade organizada e direcionada para o lucro, onde quem mora em mansões, possuem carros, valem muito mais que os míseros homens moradores das zonas periféricas das cidades. A essência humana se perde no dinheiro, aliás, ela começa a ser quantificada, confundida com o próprio dinheiro.

Por via de consequência, a totalidade de atributos humanos são transferidos para algo exterior. O próprio destino do homem lhe escapa, pois, sua capacidade de construí-lo está em algo fora de si - no dinheiro. Este aparece como verdadeira essência genérica, pois toda possibilidade humana sintetiza-se em seu poder de se apropriar do mundo humano indeterminadamente, mas tal essência se volta contra o homem como um poder estranho que nega sua determinação real e a transforma em seu contrário. (COSTA, 2014, p. 11)

O homem que foi sujeito ativo no processo de transformação de espécie a gênero humano, agora continua a ser ativo, mas nesse momento de estranhamento de sua vida, começa a reproduzir um mundo desumanizado. Essa desumanização se efetiva pelo ato de podar, de segmentar o homem, de deixá-lo apartado no processo de apropriação da riqueza social produzida pela humanidade.

A propriedade privada nos fez tão cretinos e unilaterais que um objeto somente é o *nosso* [objeto] se o temos, portanto, quando existe para nós como capital ou é por nós imediatamente possuído, comido, bebido, trazido em nosso corpo, habitado por nós etc., enfim, *usado*. Embora a propriedade privada apreenda todas estas efetivações imediatas da própria posse novamente apenas como *meios de vida*, e a vida, à qual servem de meio, é a *vida da propriedade privada*: trabalho e capitalização. (MARX, 2004, p. 108)

E, é isso que Marx tenta provar, através do "o âmbito da análise desde a raiz ao todo da mundaneidade, natural e social, incorporando toda gama de objetos e relações" (CHASIN, 1995, p 43). Expressando assim, toda a radicalidade, no sentido original da palavra, de sua teoria, que permanece muito forte e viva nos dias contemporâneos.

Então, em Marx, “em vez de subtrair uma das situações da oposição para chegar à verdade sublinha exatamente o contrário, ou seja, a contradição como o fator constituinte da própria verdade, como a determinação da realidade objetiva.” (RANIERI, 2006, p. 76). Ora, é isso que se pretende fazer, através da materialidade histórica, perceber o homem ontologicamente produtor de si, e analisar o avanço das forças produtivas e sua conseqüente alienação do trabalho, afastando o homem de sua essência objetiva. Portanto, "externação de vida é sua exteriorização de vida, sua efetivação a negação da efetivação (Entwirklichung), uma efetividade estranha" (MARX, 2004, p. 108).

Enfim, não há como considerar a sociabilidade contemporânea sem considerar, ao mesmo tempo, o trabalho estranhado na sua forma específica de exteriorização, exteriorização esta que tem por resultado a propriedade privada inclusive jurídica (posto que Marx deliberadamente distingue posse de propriedade) do trabalho alheio. A atividade de exteriorização aparece como estranhamento, sendo que o estado de exteriorização é também o estado do estranhamento. A exteriorização já posta enquanto trabalho humano sedimentado é estranhamento que aparece como sinônimo de estabilidade da exteriorização sob a propriedade privada, ou seja, um elemento de humanização da natureza, posto que o capital civiliza – submete a um tornar-se civil. (RANIERI, 2006, p. 78)

Nos dias atuais a alienação se mostra cada vez mais mascarado, tem-se a idéia de que ela não existe, sendo esta idéia fruto do engenhoso poder de “manipulação” do capital, a fim de garantir sua reprodução. Apontando a certeza que o homem pode ter acesso a tudo que bem desejar, basta para isso apenas ter força de vontade, que pode efetivar todas as suas potencialidades. Pois bem, após toda a análise exposta constata que isso é impossível no modo de produção capitalista. Pois,

A expressão cabal desta desumanidade é que o homem transforma-se em mercadoria. Mas, como já se afirmou do lado do capitalista a impossibilidade de se efetivar enquanto homem não é menor: "Ele não retorna de modo algum à simplicidade natural do carecimento, mas seu gozo é apenas coisa secundária, repouso, gozo subordinado à produção e, portanto mais calculado, e mesmo mais econômico, pois o capitalista soma seu gozo aos lucros do capital, e por isso aquele deve custar-lhe apenas uma quantia tal, que o que foi esbanjado seja restituído pela reprodução do capital mais o lucro. O gozo é subordinado ao capital e o indivíduo que goza àquele que capitaliza".(COSTA, 2014, p. 12)

Entende-se que o capital se organiza de forma a garantir o valor excedente. Esta organização se expressa pela divisão social do trabalho e a apropriação privada dos bens produzidos. Então, o capital necessita o tempo todo se

expandir, sempre criar novos mercados, novos postos de lucratividade. Quando se chega ao máximo de lugares possíveis, quando o capital se mundializa, chega-se a um ponto de saturação do próprio capital. Nesse contexto, o sistema do capital começa a gerar crises econômicas periódicas, ou seja, cria retrocessos econômicos, a fim de que o capital avance e se mantenha. Mas essas crises periódicas não ocorrem, por escassez, mas sim por superprodução, nesse sentido:

É nas crises econômicas que a contradição entre a socialização progressiva da produção e a apropriação privada que lhe serve de motor e de suporte se revela de maneira mais extraordinária. Porque as crises econômicas capitalistas são fenômenos inverossímeis, como nunca antes se tenha visto. Não são crises de penúria, como todas as crises pré-capitalistas; são crises de superprodução. Não é por haver demasiadamente pouco que comer, mas por serem relativamente demasiados os produtos alimentares que os desempregados bruscamente morrem de fome. (MANDEL et al, 2006, p. 44)

Mas, como pode um sistema produzir tanto e ainda haver pessoas morrendo de fome? Ora, o capitalismo aliena o homem do processo produtivo, leva ao estranhamento entre os homens, enfim desumaniza o próprio homem. E:

se as mercadorias que não encontram compradores não somente deixam de realizar a mais-valia, mas nem sequer mesmo já constituem o capital investido. A má venda obriga os empresários a fechar as portas das empresas. São obrigados a despedir os seus trabalhadores. E visto que esses trabalhadores despedidos não dispõem de reservas, visto que não podem subsistir senão vendendo a sua força de trabalho, o desemprego condena-os evidentemente à mais brutal miséria, precisamente porque a abundância relativa das mercadorias provocou a sua má venda. (MANDEL et al, 2006, p. 46)

Porém, Mézáros (2002, p. 02) atenta-nos que “vivemos na era de uma crise histórica sem precedentes. Sua severidade pode ser medida pelo fato de que não estamos frente a uma crise cíclica do capitalismo mais ou menos extensa, como as vividas no passado, mas a uma crise estrutural, profunda, do próprio sistema do capital.” Pois o capitalismo começa a atingir seu nível mais amplo de expansão, no qual as contradições existentes no seio desse sistema se tornam cada vez mais evidentes, pelo aumento cada vez maior da exploração do trabalhador, do sobretrabalho.

O capitalismo possui estruturalmente antagonismos que o definem, como a procura exacerbada pelo lucro, mas para que se atinja o tão sonhado capital, destrói-se o trabalhador, mas sem o trabalhador não há produção, e sem produção, não há lucratividade.

E, precisamente porque o antagonismo é *estrutural*, o sistema do capital é e sempre deverá permanecer assim — *irreformável e incontrolável*. A falência histórica do reformismo social-democrata fornece um testemunho eloquente da irreformabilidade do sistema; e a crise estrutural profunda, com seus perigos para a sobrevivência da humanidade, destaca de maneira aguda sua incontrolabilidade. (MÉSZÁROS, 2002, p. 04)

Então:

A crise estrutural do capital é a séria manifestação do encontro do sistema com seus próprios limites intrínsecos. A adaptabilidade deste modo de controle do metabolismo social pode ir tão longe quanto a “ajuda externa” compatível com suas determinações sistemáticas permita fazê-lo. O próprio fato de que a necessidade desta “ajuda externa” aflore — e, apesar de toda a mitologia em contrário, continue a crescer durante todo o século XX — foi sempre um indicativo de que algo diferente da normalidade da extração e apropriação econômica do sobretrabalho pelo capital tinha que ser introduzido para conter as graves “disfunções” do sistema. E, durante a maior parte de nosso século, o capital pôde tolerar as doses do remédio ministradas e nos poucos “países capitalistas avançados” — mas somente neles — pôde até mesmo celebrar a fase mais obviamente bem sucedida de expansão do desenvolvimento durante o intervencionismo estatal keynesiano das décadas do pós-guerra. (MÉSZÁROS, 2002, p. 04)

Mas, diante desse quadro de crise estrutural do capital, o próprio sistema capitalista começa a configurar um quadro de reformas a fim de garantir sua manutenção. Reformas que tentam justificar o direito a propriedade privada, mas que não culpem o sistema, que não o entendam como fator intrínseco ao processo alienante e desumanizador. Usam seus órgãos de controle e manutenção – como o Banco Mundial – para garantir políticas mínimas para que os trabalhadores pelo menos sobrevivam no capitalismo, mesmo sendo impossibilitados de viver plenamente. A ideologia a serviço do capital também tenta garantir a sua manutenção colocando-nos a idéia da possibilidade de humanização do capital, ao invés da necessidade de sua superação, até entendida não só como superação do capital, mas também de todo o sistema capitalista.

Como se pode constatar, a realidade objetiva entre em choque com o discurso apresentado pelos partidários da manutenção da ordem social vigente. As contradições entre o discurso e a realidade aparecem segundo Tonet numa:

Lógica do ser, outra a lógica do dever-ser. A um ser que vai no sentido de tratar tudo, inclusive os indivíduos, como coisas, opõe-se o dever tratar os indivíduos como fim. A um ser que se move no sentido cada vez mais individualista, opõe-se o dever de ser solidário. A uma realidade objetiva que está nucleada, cada vez mais, pelo interesse privado, se opõe o dever de preocupar-se com o interesse público, com o bem comum. A uma lógica que, por exigência da reprodução do capital, caminha sempre mais no sentido de devastação e da degradação da natureza, opõe-se o dever de ter maior respeito pela natureza. E assim por diante. Estamos diante de uma clara visão idealista da problemática dos valores. O que leva a pensar, por

exemplo, que se nos conscientizarmos de que temos de ser solidários, justos e pacíficos, o mundo se tornará ipsofacto solidário, justo e pacífico. (TONET, 2011, p. 07)

Ora, qual a lógica do sistema capitalista? É a venda de mercadorias, no qual o próprio homem se tornou mercadoria. Então, não há conciliação entre a expansão capitalista e a afirmação dos valores humanos. Portanto, “considerando, a impossibilidade de um mundo verdadeiramente humano sob a regência do capital [...] toda discussão sobre os valores éticos tem que, necessariamente ter como ponto de partida o questionamento radical do capital, da propriedade privada” (TONET, 2011, p. 10).

As contradições existentes no seio da sociedade capitalista se tornam cada vez mais perceptíveis, pois vivenciamos o momento em que o capital atinge seu nível mais alto de exploração. Por entender que o sistema capitalista tem sua lógica voltada para o aumento da taxa de lucro e que, como afirma Mészáros (2002, p. 01), “vivemos na era de uma crise histórica sem precedentes, nada mais normal para o capital que aumentar o nível de exploração do trabalhador, a fim de garantir a sua reprodução e o conseqüente aumento da mais-valia”. Em outras palavras, o capital, como um sistema orgânico global, garante sua dominação, nos últimos três séculos, como *produção generalizada de mercadorias*. Através da redução e degradação dos seres humanos ao *status* de meros “custos de produção” como “força de trabalho necessária”, o capital pode tratar o trabalho vivo homogêneo como nada mais do que uma “mercadoria comercializável”, da mesma forma que qualquer outra, sujeitando-a as determinações desumanizadoras da compulsão econômica (MÉSZÁROS, 2002).

Ricardo Antunes (1997) em seu livro “Adeus do trabalho?” questiona criticamente as teses de que o trabalho perdeu sua centralidade na sociedade contemporânea, devido a maior intelectualização do trabalho na fábrica ou a sua subproletarização. Porém, em nenhuma das duas possibilidades permite concluir a perda de centralidade do trabalho numa sociedade marcada pela produção de mercadorias. “Ainda que presenciando uma redução quantitativa (com repercussões qualitativas) no mundo produtivo, o trabalho abstrato cumpre papel decisivo na criação de valores de troca” (ANTUNES, 1997, p. 75).

Além do mais, o fim do trabalho abstrato não significa, em nenhuma hipótese, o fim do trabalho concreto. Pois:

Uma coisa é conceber, com a eliminação do capitalismo, também o fim do trabalho abstrato, do trabalho estranhado; outra, muito distinta, é conceber a eliminação, no universo da sociabilidade humana, do trabalho concreto, que crie coisas úteis, e que fazê-lo, (auto) transforma o seu próprio criador. (ANTUNES, 1997, p. 82)

Desta forma, o capítulo seguinte trata de como vem se configurando a organização do trabalho no capitalismo, em sua fase neoliberal. Propondo a discussão das transformações no mundo trabalho em saúde em paralelo com a PNH, a qual possui um eixo base de melhoria das condições de trabalho.

4 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

4.1 As transformações no mundo do trabalho

O mundo do trabalho no capitalismo vem acentuando o quadro de desumanização (conforme tratado acima), intensificando a exploração do homem pelo homem ao subjugar cada vez mais o trabalho ao capital, promovendo, dessa forma, a desrealização do ser social. Nesse sentido, faz-se necessário uma contextualização histórica, mas também crítica, de como vem sendo organizado o trabalho a partir do início do século XX.

O padrão de acumulação capitalista dominante por quase todo o século XX, pode ser definido pelo taylorismo/fordismo, caracterizado pela produção em massa, de maneira homogeneizada e verticalizada. Taylor⁵³ se dedicou a tentativa de garantir uma maior produtividade do trabalho, através de uma rígida lógica gerencial, em que havia uma estruturação hierárquica entre os trabalhadores. “Como Taylor, Ford⁵⁴ estava preocupado em eliminar, da produção, os tempos mortos, transformando-os em produtivos” (PIRES, 2008, p. 33). Então, Ford acaba por assumir de forma radicalizada as influências de Taylor, levando a um quadro de cisão entre “planejamento e execução, a desqualificação e o parcelamento de tarefas” (PIRES, 2008, p.33).

A maneira de organização do trabalho pelo fordismo se particularizou pela implementação de uma linha de montagem “onde se faz o uso da mecanização associada e parcialmente automatizada” (PIRES, 2008, p. 33). Nela, “o trabalho vai aos homens, ao invés dos homens ao trabalho” (PIRES, 2008, p. 34). É através da esteira que o trabalho chega ao homem, em forma de uma peça para montagem, num trabalho repetitivo, privando-o do trabalho criativo, tornando-o uma extensão da máquina. “Esse processo de desantroporização do trabalho e sua conversão em

⁵³ Frederick Taylor (1856-1915), engenheiro americano, responsável pelo desenvolvimento de um método de organização do trabalho, exposto em seu livro “Os princípios da administração”, publicado em 1911.

⁵⁴ Henry Ford (1863-1947), engenheiro e empresário americano, fundador da Ford Motor Company, e o primeiro a implementar a linha de montagem em série, influenciado pelas idéias de Frederick Taylor. Com isso, o modelo de produção automobilística de sua época foi denominado como Fordismo.

apêndice da máquina-ferramenta dotavam o capital de maior intensidade na extração do sobretrabalho” (ANTUNES, 2009, p. 39)

O modelo hegemônico fordista, marcante nos Estados Unidos, segundo Pires (2008) tinha com características: um ligeiro e prolongado crescimento internacional da produção e da produtividade; liderança do setor industrial; internacionalização da produção, através de grandes empresas oligopólicas; maior intensidade do comércio internacional do que o ritmo de crescimento da produção industrial; o mercado interno é o grande responsável pelo crescimento econômico; crescimento da participação do emprego industrial e, também, do emprego nos serviços (agora sob a lógica industrial) e a utilização do petróleo como principal fonte de energia. Além, do desenvolvimento do “operário-massa”⁵⁵ (ANTUNES, 2009), como reflexo do trabalho nas grandes empresas.

O fordismo designa uma forma de produzir semi-automatizada, onde o trabalho humano é extremamente fragmentado e simplificado e o ritmo é totalmente definido pelas máquinas. O homem é subordinado à máquina. É o método de produção em massa, de produtos padronizados, com economia de força de trabalho. Designa, também, um complexo de relações sociais que, da fábrica e com ela, estabelece as condições para o surgimento de um novo padrão de desenvolvimento hegemônico, que ganha o mundo e é responsável pelo intenso dinamismo da economia capitalista, no Pós-Segunda Guerra. (PIRES, 2008, p. 35)

A associação do modo de gerenciamento taylorista e da linha em série de produção fordista promoveu um grande avanço industrial nos principais países capitalistas, também se expandindo para boa parte do setor de serviços, “acabaram por representar a forma mais avançada da racionalização capitalista do processo de trabalho ao longo de várias décadas do século XX” (ANTUNES, 2009, p. 41), garantido pelo “compromisso” social-democrático, num equilíbrio na relação de força entre burguesia e trabalhadores.

Porém, nos final dos anos de 1960 e início dos anos de 1970 o padrão produtivo começa a dar sinais de esgotamento, dado a estrutura cíclica de crise própria do sistema capitalista, de maior ou menor extensão. O fordismo entra em falência junto com o ciclo de expansão do capital e regulação keynesiana, reiniciando ofensivas ao trabalho e, em consequência, reavivando a luta de classes. “O esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção (que em

⁵⁵ O operário-massa (mass worker) “possibilitou a emergência, em escala ampliada, de um novo proletariado, cuja forma de sociabilidade industrial, marcada pela massificação, ofereceu as bases de uma nova identidade e uma nova consciência de classe” (ANTUNES, 2009, p. 43)

verdade era a expressão mais fenomênica da crise estrutural do capital), dado pela incapacidade de responder à retração do consumo que se acentuava” (ANTUNES, 2009, p. 31).

Pires (2008), em concordância com Ricardo Antunes, aponta que esta crise tem uma base estrutural, que envolve variáveis fatores e múltiplas determinações, como: a) a redução de ganhos com a produtividade do trabalho, aliado a insatisfação, questionamentos e resistências dos trabalhadores ao modelo taylorista-fordista; b) as transformações culturais ocorridas no fim dos anos de 1960, especialmente na França, Itália e Estados Unidos, em que estudantes, trabalhadores e intelectuais reagiram contra o modelo de desenvolvimento vigente, surgindo novas dimensões dos movimentos sociais; c) aumento da inflação e da taxa de juros, instabilidade financeira e redução das taxas de lucro de produtividades; d) esgotamento dos impulsos dinâmicos da industrialização, saturação dos mercados internacionais e crescente financeirização da riqueza produzida; e) enfraquecimento da hegemonia norte-americana, com o crescimento econômico de países da Europa e Japão.

Em suma:

A denominada crise do fordismo e do keynesianismo era a expressão fenomênica de um quadro crítico mais complexo. Ela exprimia, em seu significado mais profundo, uma crise estrutural do capital, em que se destacava a tendência decrescente da taxa de lucro [...]. Era também a manifestação [...] tanto do sentido destrutivo da lógica do capital, presente na intensificação da lei da tendência decrescente do valor de uso das mercadorias, quanto da incontrolabilidade do sistema de metabolismo social do capital. Com o desencadeamento de sua crise estrutural, começava também a desmoronar o mecanismo de “regulação” que vigorou, durante o pós-guerra, em vários países capitalistas avançados, especialmente da Europa. (ANTUNES, 2009, p.33)

Portanto, em meio a todo esse cenário, há, após a recessão geral de 1974 e 1975, uma tentativa de reestruturação do sistema capitalista a nível global, com uma reestruturação produtiva, financeira e neoliberal. Interessa-nos, aqui, compreender como se deu e as consequências geradas no processo de reestruturação produtiva, visto que a financeirização e, principalmente, o neoliberalismo foi tratado no primeiro capítulo deste presente trabalho.

A reestruturação produtiva iniciou-se com um ataque ao movimento sindical, responsabilizando-o pelos gastos públicos devido às garantias sociais. Em seguida, introduziram-se modificações no setor produtivo: “esgota-se a modalidade

de acumulação denominada rígida, própria do taylorismo-fordismo, e começa a se instaurar aquela que vai caracterizar a terceira fase do estágio imperialista, a acumulação flexível” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 225). A tarefa posta era de manter o modo de produção baseado no capital e modificar o padrão de acumulação, por meio de uma recuperação, ainda que no nível da aparência, do seu ciclo produtivo, agravando as condições no mundo laboral.

A partir dos anos de 1980 iniciou-se um quadro de transformações no mundo do trabalho, em especial, nos países de capitalismo avançado. Modificações essas que dizem respeito às alterações no campo produtivo, sindical e político. De acordo com Antunes (1997, p. 15), tais modificações “foram tão intensas que se pode mesmo afirmar que a classe-que-vive-do-trabalho sofreu a mais aguda crise deste século”, atingindo não só a sua sobrevivência enquanto tal, mas também a sua subjetividade e, “no íntimo inter-relacionamento destes níveis, afetou a sua forma de ser” (ANTUNES, 1997, p. 15).

As mudanças no mundo do trabalho estão relacionadas, nos anos de 1980, ao avanço das forças produtivas, através do salto tecnológico, da automação, da robótica e da microeletrônica, que se estabeleceram no setor industrial. Ainda segundo Antunes (1997), o padrão de acumulação taylorista-fordista já não possui hegemonia, mesclando-se com outros processos de produção, há uma substituição da produção em série pela flexibilidade da produção, novos padrões de busca de produtividade, novas formas de adequar a produção à lógica do mercado, desconcentração de capital, com novos padrões de gestão da força de trabalho, através de círculos de controle de qualidade (CCQs), gestão participativa e qualidade total.

De uma parte, a produção rígida (taylorista-fordista) é substituída por um novo tipo diferenciado de produção, que da forma anterior mantém a característica de se realizar em grande escala; todavia, ela destina-se a mercados específicos e procura romper com a estandardização, buscando atender variabilidades culturais e regionais e voltando-se para as peculiaridades de “nichos” particulares de consumo. De outra, o capital lança-se a um movimento de desconstrução industrial: promove a desterritorialização da produção – unidades produtivas (completas ou desmembradas) são deslocadas para novos espaços territoriais (especialmente áreas subdesenvolvidas e periféricas), onde a exploração da força de trabalho pode ser mais intensa (seja pelo seu baixo preço, seja pela ausência de legislação protetora do trabalho e de tradições sindicais). (NETTO; BRAZ, 2011, p. 226)

Nesse contexto, há a inserção do toyotismo, com um “novo” modelo de produção, que vem se entrelaçando e, de algum modo, substituindo o binômio taylorismo/fordismo, mesmo reconhecendo a “existência de uma combinação de processos produtivos, articulando o fordismo com processos flexíveis, artesanais, tradicionais” (ANTUNES, 1997, p. 21). Ainda assim, é o toyotismo que vem causando “maior impacto, tanto pela revolução técnica que gerou na indústria japonesa, quanto pela potencialidade de propagação que alguns pontos básicos do toyotismo têm demonstrado uma expansão que atinge uma escala mundial” (ANTUNES, 1997, p. 23).

A discussão pautada nessas novas tendências de organização do mundo do trabalho apresentam diferentes pontos de argumentação, conforme Antunes (2009): alguns autores apontam que se trata de uma inovação na organização da indústria e de relacionamento entre o capital e o trabalho, visto que se impulsionou a formação de trabalhadores qualificados, participativos, polivalentes; outros autores defendem que tais mudanças no mundo laboral não significam uma nova forma de organização do trabalho, não se encaminhando para uma “japonização” ou “toyotização da indústria”; e, por fim, aqueles autores, entre os quais Ricardo Antunes está inserido, que tratam a atual forma de organização do trabalho levando em consideração tanto seus aspectos de continuidade do padrão produtivo anterior, quanto os de descontinuidade, problematizando o caráter capitalista do modo de produção vigente.

Seguindo a perspectiva desse terceiro ponto de argumentação, compreende-se que “as mutações em curso são expressões da reorganização do capital com vistas à retomada do seu patamar de acumulação e ao seu projeto global de dominação” (ANTUNES, 2009, p. 51). As transformações ocorridas no mundo do trabalho são construções próprias do sistema capitalista para continuar sua dominação política, econômica e cultura, ou melhor, não é o toyotismo (sendo esta a forma de maior extensão) que irá determinar as mudanças no padrão de acumulação, mas, ao contrário, o capitalismo se apropria deste modelo para superar a crise em que estava mergulhado.

Nessa perspectiva:

O toyotismo não é considerado um novo modo da regulação do capitalismo, no estilo da Escola da Regulação (tal como fizeram, por exemplo, com o conceito de fordismo); o potencial heurístico do conceito de toyotismo é limitado à compreensão do surgimento de uma nova lógica de produção de

mercadorias, novos princípios da administração da produção, por meio da captura da subjetividade operária pela lógica do capital. É um estágio superior de racionalidade do trabalho, que não rompe, a rigor, com a lógica do taylorismo-fordismo. (ALVES, 2000, p. 31)

As novidades trazidas pelo toyotismo relacionam-se com a inserção de técnicas como o: Just-in-time/Kanban, CCQ, CQT (Total Quality Control), eliminação do desperdício, gerência participativa, Kaizen, técnica dos 55's e TPM (Total Productive Maintenance). Porém, O conceito de toyotismo não deve ser reduzido às práticas implementadas nas indústrias japonesas, pois ao “desenvolver-se e assumir uma dimensão universal, as novas práticas gerenciais e empregatícias [...] assumiram nova significação para o capital, não mais se vinculando às suas particularidades concretas originais” (ALVES, 2000, p. 32).

As características básicas do toyotismo podem ser definidas como: uma produção direcionada pela demanda, não limitada a um único tipo de mercadoria, sendo este determinado pelo consumo, especialização (com o implemento da microeletrônica no campo fabril), polivalência do trabalhador e o sindicalismo de empresa, ligado ao universo patronal.

Ele se fundamenta num padrão produtivo organizacional e tecnologicamente avançado, resultado da introdução de técnicas de gestão da força de trabalho próprias da fase informacional, bem como da introdução ampliada dos computadores no processo produtivo e de serviços. Desenvolve-se em uma estrutura produtiva mais flexível, recorrendo frequentemente à desconstrução produtiva, às empresas terceirizadas etc. utiliza-se de novas técnicas da força de trabalho, do trabalho em equipe, das “células de produção”, dos “times de trabalho”, dos grupos “semiautônomos”, além de requerer, ao menos no plano do discurso, o “desenvolvimento participativo” dos trabalhadores, em verdade uma participação manipuladora e que preserva, na essência, as condições de trabalho alienado e estranhado. (ANTUNES, 2009, p. 54)

Porém, a importância histórica dada ao toyotismo pertence à possibilidade de se construir uma “nova subjetividade” no trabalhador, promovendo outra racionalização do trabalho. Conforme Alves (2000, p. 33), “o aspecto original do toyotismo é articular a continuidade da racionalização do trabalho, intrínseca ao taylorismo e fordismo, com as novas necessidades da acumulação capitalista”. Isto é, trata-se de um processo de subsunção, em que rompe com o modelo de racionalização laboral anterior sem, necessariamente, descartá-lo, ao contrário, transforma-o segundo as novas necessidades.

Desse modo:

A uniformização que o toyotismo utiliza é apenas a expressão organizacional da coletivização do trabalho, sob a forma de trabalho abstrato (que permite a ampliação de tarefas). O trabalho ampliado, dos operários “pluriespecialistas” resulta tão vazio e tão reduzido à pura duração, como o trabalho fragmentado. (ALVES, 2000, p. 34)

O toyotismo teve grande êxito ao modificar a consciência do trabalhador, atrela-lo à empresa, capturar seu sindicato, transformando-o em braço das decisões patronais, neutraliza-lo.

Segundo Antunes (1997), as metamorfoses ocorridas no mundo do trabalho contemporâneo referem-se à desproletarização do trabalho industrial, em maior grau nos países de capitalismo avançado; uma expansão do trabalho assalariado, com a ampliação do setor de serviços; uma heteroginização do trabalho, que ganha maior expressão com o aumento do número de mulheres inseridas no mundo do trabalho; e a subproletarização, através do trabalho temporário, precário, subcontratado e terceirizado.

O mais brutal dessas transformações é a expansão, sem precedentes na era moderna, do **desemprego estrutural**, que atinge o mundo em escala global. Pode se dizer, de maneira sintética, que há uma processualidade contraditória que, de um lado, reduz o operariado fabril e industrial; de outro aumenta o subproletariado, o trabalho precário e o assalariamento no setor de serviços. Incorpora o trabalho feminino e exclui os mais jovens e os mais velhos. Há, portanto, um processo de maior **heteroginização, fragmentação e complexificação** da classe trabalhadora. (ANTUNES, 1997, p. 42, grifos nossos)

O avanço tecnológico atrelado à reestruturação do capital ampliou as contradições no seio da classe trabalhadora, aumentou o fosso entre o trabalhador qualificado e o sem qualificação alguma. Prega a maior qualificação do trabalho, mas o restringe a um pequeno número de trabalhadores; submetendo a grande maioria desses trabalhadores a precárias condições de trabalho, com baixos salários, alta-rotatividade, e diminuição (em alguns casos, inexistência) dos direitos trabalhistas.

Desqualificação de inúmeros setores operários, atingidos por uma gama diversa de transformações que levaram, de um lado, à desespecialização do operariado industrial oriundo do fordismo e, por outro, à massa dos trabalhadores que oscila entre os temporários (que não têm garantia no emprego, aos parciais (integrados precariamente às empresas), aos subcontratados, terceirizados (embora se saiba que há, também, terceirização em segmentos ultraqualificados), aos trabalhadores da economia informal, enfim, a este enorme contingente que chega até a faixa de 50 % da população trabalhadora dos países avançados, quando nele se incluem também os desempregados, que alguns chamam de proletariado

pós-industrial e que preferimos denominar de subproletariado moderno. (ANTUNES, 1997, p. 52)

A flexibilização do trabalho une-se ao quadro de precarização e desregulamentação laboral, apesar de ideologicamente aparecer como alternativa para acabar o desemprego. Segundo Luciano Vasapollo (2006), a flexibilização pode ser compreendida como a liberdade da empresa de demitir funcionários quando sentirem necessidade, sem possibilidade de penalidades; liberdade da empresa em alterar a jornada de trabalho, de acordo com a necessidade da produção; possibilidade de redução salarial dos empregados; e, poder contratar trabalhadores em regime temporário. Ou seja, há uma intensificação na exploração do trabalhador, diminui consideravelmente as alternativas que lhe proporcionam viver para além do emprego. Toda essa tendência à flexibilização e precarização do trabalho leva ao aumento do número da pobreza nos países centrais, mas sem sombra de dúvida, é nos países da periferia do capital que se encontra a maioria desses pobres, de homens pauperizados.

Em “a corrosão do trabalho e precarização estrutural”, Ricardo Antunes (2013), assinala a abertura, em 2008, de uma nova fase da crise estrutural do capital, ampliando a precarização do trabalho, em escala mundial, pois para garantir o aumento da produtividade e da competitividade, a alternativa, do ponto de vista do capital, é a corrosão da condição de trabalho. “A terceirização e a informalidade da força de trabalho vêm se constituindo como mecanismos centrais, implementados pela engenharia do capital” (ANTUNES, 2013, p. 23), a fim de assegurar o aumento da exploração do trabalhador e, conseqüentemente, valorizar o capital. E, uma das características marcantes nessa nova etapa é o aumento acentuado do desemprego nos países do norte do globo, como nos Estados Unidos, Espanha, Grécia, Itália, Inglaterra.

O caso brasileiro possui particularidades, assim como os demais países da periferia do capital, em que o desenvolvimento capitalista, o padrão produtivo do capital, se dá de maneira retardatária em relação aos países centrais e estruturalmente subordinados a estes países, como exemplo, as alterações no padrão produtivo, em meio à crise economia que solapava os países de capitalismo avançado, durante a década de 1970, e traria transformações no Brasil apenas na

segunda metade da década de 1980 e, de modo, mais ampliado ao longo dos anos de 1990.

As particularidades brasileiras devem ser compreendidas através de seus traços históricos de desenvolvimento capitalista no país. É somente a partir dos anos de 1930 que o Brasil dá início a sua industrialização, denominada por Giovane Alves (2000, p. 104) como “industrialização restringida” em que não se alinha nem a industrialização de países como da Europa Ocidental e Estados Unidos, de caráter clássico, nem de países como Alemanha e Japão, que tem seu desenvolvimento capitalista tardio, e, assim, entendido como um capitalismo hiper-tardio.

No entanto, foi a partir dos anos de 1950, com o governo de Juscelino Kubtscheck, que o país deu um salto qualitativo no seu processo de industrialização, tentando se desprender ativamente de sua base essencialmente agrícola, constituindo-se “um novo tipo de objetivação do capitalismo industrial no Brasil [...] adequada à lógica do Pós-Segunda Guerra Mundial, que tende a restabelecer um novo patamar histórico, a relação centro-periferia” (ALVES, 2000, p. 105). Os anos de 1956 a 1961 constituíram-se como a consolidação da produção de bens duráveis, em que se destacou o setor automobilístico, sediado no ABC paulista, tendo como suporte a introdução o padrão taylorista-fordista.

O desenvolvimento do padrão taylorista-fordista no Brasil não segue o mesmo modelo de desenvolvimento saboreado nos países capitalistas centrais, aqui se criou uma maneira de industrialização em que se combinava com as formas e padrões tradicionais, gerando uma tipificação nacional da gestão do trabalho. De acordo com Alain Lipietz (1988), o fordismo ganha traços periféricos, pois não se trata de um real processo de mecanização acompanhado de acumulação de capital, primeiro porque os arranjos produtivos de cunho qualificado e os circuitos mundiais continuam exteriores aos países da periferia e, segundo, por não se constituir um mercado nacional suficientemente estruturado para o consumo.

Esse mercado nacional enfraquecido está relacionado com grande número de desempregados no país, com as precárias condições de trabalho, ausência de garantias sociais, diferindo-se dos países centrais, em que atrelado ao fordismo, garantiu-se direitos sociais aos trabalhadores, via Estado de Bem-Estar Social. No Brasil, o que se viu nesse período foi “extensas jornadas de trabalho, o não pagamento de horas extras, grande rotatividade de mão de obra, falta de

treinamento e investimento em qualificação, instabilidade no emprego, falta de registros e de contratos” (DRUCK, 2001, p. 61).

Já nos anos de 1968 a 1973, quando a nível mundial os países centrais vivenciavam uma grave crise econômica, o Brasil experimentava o que ficou conhecido como o “milagre brasileiro”, em que o país atingiu altos índices de crescimento econômico, marcado, como se refere Antunes (2006, p. 17), pelos “binômios ditadura e acumulação, arrocho e expansão”. Porém, no final da década de 1970, começava a se apresentar uma diminuição desse desenvolvimento, mas que só seria sentido nos anos de 1980.

A crise dos anos de 1980, segundo Alves (2000), não se deu pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista-fordista, como nos países centrais, mas pela crise no padrão de industrialização retardatária, pois a singularidade brasileira “começava a ser afetada pelos emergentes traços universais do sistema global do capital, redesenhando uma particularidade brasileira [...] inicialmente em alguns aspectos e, posteriormente, em muito dos seus traços essenciais” (ANTUNES, 2006, p. 17).

O início do processo de reestruturação produtiva no Brasil começa, então, no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, num período marcado pela alta da inflação, recessão e crise da dívida externa (1981-1982). Conforme Antunes (2006, p. 18), “nesses primeiros anos da década de 1980, a reestruturação produtiva caracterizou-se pela retração de custos, mediante redução da força de trabalho”, assim, o fordismo ainda dominante no cenário brasileiro, começava a se abrir para as primeiras investidas do toyotismo.

Mas foi só a partir dos anos de 1990 que a reestruturação produtiva capitalista se intensificou no Brasil “por meio de receituários de implantação oriundos da acumulação flexível e do ideário japonês” (ANTUNES, 2006, p. 18), entrando em cena a “intensificação da lean production, dos sistemas Just-in-time/kanban, do processo de qualidade total, das formas de subcontratação e de terceirização da força de trabalho, da transferência de planta e unidades produtivas” (ANTUNES, 2006, p. 18), levando a um processo de reterritorialização e até mesmo de desterritorialização da produção no país.

Porém, assim como o padrão de produção taylorista-fordista adquiriu no Brasil traços nacionais, o toyotismo vem se constituindo no Brasil de maneira diferente dos seus moldes japoneses e dos países centrais. Uma das

particularidades brasileira, em sua reestruturação produtiva, é a convivência pacífica entre o taylorismo-fordismo com o toyotismo. De um lado, o novo padrão de acumulação nos países desenvolvidos exigia controle de qualidade, segurança e produtividade, aqui no Brasil tais mudanças ocorreram com único intuito de reduzir os custos com a produção, ainda que não se possa negar que a “reestruturação segue também um forte conteúdo ideológico, tendo na flexibilização uma forma de controlar as resistências e lutas dos trabalhadores” (DRUCK, 2001, p. 119).

A flexibilização e a desregulamentação dos direitos sociais, bem como a terceirização e as novas formas de gestão da força de trabalho implantadas no espaço produtivo, estão em curso acentuado e presentes em grande intensidade, coexistindo com o fordismo, que parece ainda preservado em vários ramos produtivos e de serviços [...], quando se olha o conjunto da estrutura produtiva, pode-se também constatar que o fordismo periférico e subordinado se mescla fortemente com novos processos produtivos, em grande expansão, [...], dos mecanismos próprios oriundos da acumulação flexível e das práticas toyotistas que foram e estão sendo assimiladas com vigor pelo setor produtivo brasileiro. (ANTUNES, 2006, p. 19)

Nesse processo de reorganização do capital, há tendência de expansão do setor de serviços – com a diminuição do número de trabalhadores no setor industrial - compreendido como a indústria de serviços, o pequeno e o grande comércio, as finanças, os seguros, o setor de imóveis, a hotelaria, os restaurantes, os serviços pessoais, de negócios, lazer, da saúde e educação, enfim, os serviços legais gerais. “No início dos anos 70, apenas os EUA e o Canadá superavam o nível de 60% do emprego nos serviços e, no final dos anos 80, o fenômeno já ocorria em 12 países” (PIRES, 2008, p. 61).

Pires (2008) ao analisar a reestruturação produtiva, seguindo os passos de Braverman⁵⁶, sugere que o crescimento do setor de serviços, especialmente no último século, ocorre pela inserção cada vez mais acentuada do capital nos variados setores da vida, promovendo transformações, as introduzindo na esfera do mercado, tornando-as comercializáveis. “O resultado do serviço pode ser uma mercadoria vendável ao consumidor – como os alimentos produzidos em um restaurante – ou a produção e o consumo são indissociáveis, ocorrem simultaneamente – como a prestação de serviço de saúde” (PIRES, 2008, p. 69).

⁵⁶ Harry Braverman, estadunidense, nascido em 1920, escreveu uma importante obra da sociologia do trabalho, intitulada “Trabalho e Capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX”, publicada em 1974, descrevendo as condições de trabalho no período em que o trabalho era baseado basicamente na esfera industrial nos países centrais.

Nessa perspectiva, Claus Offe (1991) recorre a três explicações para justificar tal aumento: 1 – o aumento do setor de serviços ocorre para que se possa estrategicamente conciliar a concorrência entre empresas; 2 – para, também, conciliar os interesses dos trabalhadores e amenizar a luta de classes; e, 3 – para tentar, como alternativa, amenizar os problemas enfrentados com a estagnação da indústria.

Notadamente, por meio das terceirizações, partes significativas das tradicionais tarefas industriais foram deslocadas e passaram a integrar o setor de serviços. Paralelamente, os serviços, [...] foram diversificados e, acompanhando o movimento de mundialização financeira, assumiram uma importância historicamente inédita. O trabalho no setor de serviços atravessou um desenvolvimento acelerado, acompanhando estas tendências gerais. Como consequência, a importância relativa do trabalho no setor de serviços cresceu. (BRAGA, 2006, p. 03)

No Brasil, a tendência do aumento do setor de serviços também se faz presente, caindo o emprego via indústria, e aumentando o número de trabalhadores inseridos nas atividades do setor de comércio e serviços. Assim:

[...] diminuem os empregos formais e aumenta o setor informal. O setor informal inclui os que trabalham por conta própria e os que trabalham sem registro na carteira de trabalho, absorvendo parte dos desempregados. [...] em 1989, 40% da força de trabalho brasileira era constituída por trabalhadores enquadrados na condição de precários, e, em 1992, os precários já eram quase 50% da força de trabalho. (PIRES, 2008, p.56)

Ainda segundo Pires (2008), através de dados fornecidos pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), referente aos anos de 1990, aponta que em 1995 a força de trabalho brasileira inserida no setor de serviços já apresentava grande importância para o PIB (Produto Interno Bruto) do país, sendo o setor que apresentou maior aumento, com a contribuição de 52,3% do PIB no Brasil. Quadro que se estende aos anos 2000, em que o setor terciário ainda apresenta relevância para o PIB, como comprovado pelo gráfico a seguir:

Gráfico 3 – Participação dos Serviços no PIB

Fonte: Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (2016).

Os dados trazidos pelo Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio mostram a importância do setor de serviços para a evolução do PIB no Brasil, de 2003 a 2013, apesar de uma variação, a participação do setor terciário passou de um pouco mais de 64% para mais de 68% do PIB. Vale ressaltar que grande parte dos empregos em serviços estão vinculados aos serviços públicos, em que há “várias combinações de organizações locais e nacionais e algumas operam conjuntamente com um setor privado menor, que oferece a provisão complementar e competitiva, por exemplo, em educação, saúde e segurança” (KON, 1997, p. 70).

No entanto, a análise atribuída ao setor público se refere a critérios sociais, diferentemente do setor privado que se baseia pela lucratividade. Segundo Adriana Kon (1997), atualmente a afirmação dos critérios sociais como exclusivos dos serviços públicos começam a ser questionados, pois vem se construindo um panorama de desregulamentação do serviço público, terceirizações e privatizações dessas atividades, “no sentido de atrair investimentos e capital privado” (KON, 1997, p. 70), como o que vêm ocorrendo na área da saúde.

Apesar das diferenças entre os setores público e privado na oferta de serviços, em ambos os casos, há em comum o aumento de investimentos em mudanças técnicas, racionalização crescente, subcontratação, substituição do trabalho existente por novas formas de trabalho ou maquinaria, intensificação da qualidade, materialização dos serviços, realocação espacial e doméstica, além das

terceirizações, em conformidade com as contemporâneas tendências demandadas pelo mundo do trabalho.

O trabalho em saúde no Brasil, no que corresponde aos serviços públicos, passa por mudanças, colocando-o a serviços das necessidades impostas por esse mundo do trabalho. Vem se alterando os modelos de gestão do trabalho em saúde, através das terceirizações, contratos de gestão entre os setores públicos e privados, flexibilizando direitos trabalhistas, em suma, ocorre um acelerado processo de precarização do trabalho e das relações trabalhistas no setor saúde brasileiro.

Diante do quadro de transformações no mundo do trabalho, num contexto de contrarreforma neoliberal do Estado, financeirização e (des)regulação do trabalho, mediado, no caso dos países da periferia do capital, pela intervenção direta dos organismos multilaterais através de documentos que apontam diretrizes gerais para áreas que até então estavam sob a atividade de um Estado desenvolvimentista, como visto nos capítulos anteriores, vai se desenhando um novo cenário para a gestão das políticas públicas no Brasil, em que as funções do Estado passam a ser de coordenação e financiamento, deixando de ser responsável por executá-las.

As atividades como a educação, a cultura e saúde começam a ser transferidas pelo Estado para a gestão da iniciativa privada, a qual assumiu a responsabilidade de executá-las com menor custo e maior eficiência, adequando-as as particularidades do mercado. Isto porque, está em curso uma tendência “crescente de repasse da gestão e do fundo público para o setor privado (denominado ‘público não-estatal’) ou para instituições ditas estatais, mas com personalidade jurídica de direito privado” (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 34).

Tal tendência denominada de “público não estatal” está inserido dentro do Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), endereçado ao Congresso Nacional em 23 de agosto de 1995, pelo Governo de Fernando Henrique Cardoso, e diz respeito à noção que separa os conceitos de público e estatal, ou seja, nem tudo que é público, necessariamente, precisa ser responsabilidade do Estado. Assim, o Estado deixaria de ser o produtor direto de serviços, para ser agente estimulador, coordenador e financiador.

Assim, o Governo Federal dividiu o Estado em quatro importantes setores: o núcleo estratégico, as atividades exclusivas, os serviços não exclusivos e os serviços para o mercado. O núcleo estratégico compreendia que os Poderes legislativo e Judiciário, Ministério Público, Poder Executivo, Presidente da República,

ministros, auxiliares, assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas deveriam ser de controle e administração direta do Estado, pois o único papel exclusivo do Estado era o de preparar, definir e fazer cumprir as leis.

As atividades exclusivas do Estado abarcavam os serviços nos quais o Estado era o principal usuário, como a fiscalização do meio ambiente e da seguridade social (Saúde, Previdência e Assistência Social). Para este setor o governo propôs a chamada “gestão gerencial”, como as “agências autônomas”, os “serviços sociais autônomos” criando as agências executivas, como, por exemplo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Os serviços não exclusivos, importante referência para a discussão dos novos modelos de gestão no SUS, diz respeito a livre disputa de mercado entre as instituições privadas pela gestão dos serviços sociais, com o discurso oficial vinculado a eficiência da iniciativa privada. Aqui o Estado divide sua responsabilidade com outras organizações públicas não estatais e privadas.

E, por fim, os serviços para o mercado seria a transferência das empresas públicas, responsáveis por garantir o acesso da população a bens e serviços de infraestrutura, como serviços de água, luz, bancos, correios, etc. integralmente para a iniciativa privada, para o mercado, pois tais áreas passaram a ser entendidas pelo governo como “atividades empresariais”.

Portanto, quando se trata da saúde pública brasileira, esta é considerada pelo PDRE como um serviço não exclusivo do Estado e, desta maneira, dando abertura para a privatização do SUS por dentro de seu próprio sistema, sem o repasse direito dos serviços de saúde para a iniciativa privada. Transfere-se apenas a gestão dos serviços para organizações públicas, mas de direito privado e, assim, segundo Correia e Santos (2015, p. 34), “os recursos, o patrimônio, os equipamentos e os recursos humanos são públicos, mas a gestão e a lógica que o ordenam são privados”.

4.2 As novas formas de gestão em saúde e o reflexo no trabalho em saúde

A ótica neoliberal defende um modelo de gestão terceirizada, sob diferentes modalidades, através dos contratos de gestão, da “parceria” entre

organizações sociais e Estado, com a inserção das Organizações Sociais (OSs) datada do ano de 1998, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), em 1999, das Fundações Estatais de Direito Privado em 2007, bem como da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em 2011, apontada como caminho para resolver os problemas referentes à gestão do SUS. Nesse sentido, os “novos modelos de gestão” em saúde referem-se a:

Privatização e a hierarquização dos serviços públicos, na medida em que o Estado abdica de ser o executor direto desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamentos e instalações públicas e de pessoal para entidade de direito privado, permitindo fazer tudo o que o setor privado faz no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público. [...] 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 justificativa para a abertura da assistência à saúde para entidades de direito privado no Sistema Único de Saúde respalda-se na, então, ineficácia do Estado em garantir o acesso universal à saúde em todo o território nacional, típico argumento da reestruturação estatal pela via neoliberal. Porém, a “criação de órgãos de administração indireta visa orientar a metamorfose dos recursos e finalidades públicas para interesses privados, com práticas combinadas dentro e fora do aparato estatal” (CARDOSO, 2014, p 38).

Assim, é aprovada a Lei 9.637 em 1998, conhecida como a lei das OSs (Organizações Sociais) e a criação do Programa Nacional de Publicização, elaborada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), garantindo que “a eficiência e a qualidade dos serviços devem ser asseguradas pela descentralização da União para os estados e destes para os municípios, por meio da parceria com a sociedade, por Contratos de Gestão” (PEREIRA, 1995, p. 31), sendo este, desde então, o modelo de gestão mais consolidado e disseminado na área da saúde pública brasileira.

Tal lei qualifica como Organizações Sociais “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (BRASIL, 1998, art. 1). Instrumento criado para

possibilitar a implementação de Políticas Públicas conforme o direcionamento do Plano Diretor de Reforma do Estado.

Para tanto “as entidade qualificadas como OSs são declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública” (BRASIL, 1998, art. 11) e “poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão” (BRASIL, 1998, art.12). Isso significa, que as OSs, por meio de contrato de gestão com o poder público, recebem dinheiro público para a execução de serviços, ou seja, o poder público repassa a responsabilidade de executar os serviços ditos “essenciais” para entidades de direito privado, podendo estes contratar funcionários sem concursos públicos, obter bens e serviços com dispensa de licitação e sem obrigatoriedade de prestação de contas com a administração pública.

Como pode ser observado, com esta lei, instituíram-se garantias e condições para se programar o “estado mínimo no país”, conforme proposto no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, por meio da terceirização/privatização de serviços públicos até então de competências privativas da União, também para entes privados, que podem dispor de poupança, bens, patrimônio, créditos e serviços públicos para administrar seus próprios interesses e, ainda assim, serem declaradas como “entidades de interesse social e utilidade pública”, para todos os efeitos legais. (REZENDE, 2008, p. 33)

Deste modo, o “governo pretendia garantir um meio para retirar órgãos e competências da administração pública direta e indireta e, além disto, garantir a transferência de seu ativo ao setor privado” (REZENDE, 2008, p. 33), fundamentado no campo dos “serviços não exclusivos do Estado”, tal ação, poderia envolver parcerias com entidades sem fins lucrativos, como forma de modernização do aparato estatal.

Segundo Rezende (2008), logo após a aprovação da referida lei, estados como Tocantins, Rio de Janeiro, Bahia e Roraima e municípios como São Paulo começaram a transferir os serviços de saúde a entidades terceirizadas, sob administração de sociedades qualificadas como Organizações Sociais.

Assim, por meio de contratos de gestão ou termos de parcerias, transferiu-se serviços diversos ou unidades de serviços de saúde públicos a entidade civil, entregando-lhe o próprio estadual ou municipal, bens móveis e imóveis, recursos humanos e financeiros. Deu-lhe, também, autonomia de gestão para contratar, comprar sem licitação, outorgou-lhe verdadeiro mandato para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde, sem se preservar a legislação sobre administração pública e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (REZENDE, 2008, p. 38)

As contradições presentes na implementação das Organizações Sociais são apontadas por inúmeros autores, como Maria Valéria Correia e Viviane Medeiros dos Santos, em texto intitulado “Privatização da saúde via novos modelos de gestão: Organizações Sociais (OSs) em questão”, no qual apontam inconstitucionalidades na lei nº 9.637/98, além de da ineficiência, maiores gastos estatais e irregularidades.

Ao tratar da inconstitucionalidade da lei que rege as OSs verifica-se a existência de duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade – ADI tramitando no Supremo Tribunal Federal (nº 1.923), requerida pelo Partido dos Trabalhadores e o Partido Democrático Brasileiro, no ano de 1998, e o segundo pela Ordem dos Advogados do Brasil, em 1999. Porém, apenas no ano de 2011 entrou em pauta no Supremo. O Ministério Público Federal se posicionou favorável à inconstitucionalidade desta lei, visto que “há um descumprimento da regra constitucional que determina a prestação dos serviços do SUS diretamente pelo poder público e que a participação da iniciativa privada, fica autorizada em caráter complementar” (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 37).

Quando empresas privadas, mesmo qualificadas como de interesse público e sem fins lucrativos, começam a executar serviços antes privativos do Estado, como a saúde, extinguindo órgãos e empresas públicas captando para si as suas atividades, chocam-se diretamente com os princípios e regras da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde que regem a promoção do direito à saúde via Sistema Único de Saúde.

Em se tratando da ineficiência, dos maiores gastos estatais e irregularidades, estas se confrontam com a defesa governamental da necessidade da criação das OSs. Tomando a realidade objetiva como critério de verdade, o que se apresenta na gestão das OSs, nos estados e municípios em que foram implementadas, são inúmeros problemas, os quais estão sendo apurados pelo Tribunal de Contas da União, Tribunais de Contas dos Estados e Ministério Público.

As autoras trazem exemplos da realidade de alguns estados brasileiros para demonstrar os problemas gerados por esse novo modelo de gestão na saúde, como o caso do estado de São Paulo, em que os hospitais geridos por OSs, “computados os gastos tributários, apresentam prejuízo econômico maior que os geridos pela administração direta (TCE/SP, 2011). Os gastos com a terceirização

dos serviços, através das OS, tem dobrado no estado de São Paulo” (CORREIA, SANTOS, 2015, p. 37).

No Mato Grosso o Conselho Estadual da Saúde constatou que o estado gastou mais com a gestão das OSs do que com a gestão direta, com o exemplo de um único hospital que “chegou a receber oito vezes mais a ser ao ser administrado por OSs, no período de um ano, do que quando o era sob a administração direta do estado” (CORREIA, SANTOS, 2015, p. 37). Em Goiás, o Ministério Público Estadual constatou várias irregularidades, como “a terceirização ilícita de mão de obra [...], violação ao princípio da dignidade da pessoa humana, por imposição do sofrimento moral aos servidores públicos, decorrente de ameaças e outras formas de constrangimentos” (CORREIA, SANTOS, 2015, p. 37).

Em Santa Catarina, Aracaju e em Goiás a justiça determinou a proibição das parcerias com Organizações Sociais. No primeiro caso, determinou-se que o estado reassumisse a gestão do SAMU, no segundo foi-se favorável a um requerimento da Promotoria da Saúde, e no terceiro proibiu-se a terceirização dos hospitais públicos do estado.

Por fim, tem-se o caso do município do Rio de Janeiro, apresentado em um estudo intitulado “O Percurso do Financiamento das Organizações Sociais no Município do Rio de Janeiro”, por Joseane Barbosa de Lima e Maria Inês Souza Bravo, em que “é possível observar que há uma tendência progressiva do aumento de unidades de saúde repassadas para gestão terceirizadas, o que demonstra uma tendência crescente do setor privado em se apropriar das unidades públicas de saúde” (LIMA; BRAVO, 2015, p. 58). Nesse caso, vale ressaltar:

[...] que algumas das organizações sociais que assinaram Contratos de Gestão com a SMDC/RJ estão envolvidas em escândalos de corrupção em outros estados. A MARCA, por exemplo, é acusada de participar de esquema de fraudes na área de saúde em Duque de Caxias e na UPA Senador Camará. O Ministério Público do Rio investiga se os recursos destinados a UPA também foram desviados, a exemplo do que ocorreu em Caxias e em Natal, capita do Rio Grande do Norte, onde o esquema de fraudes envolvendo a referida OS foi deflagrado. Há questões também expostas no relatório do Tribunal de Contas do Município frente ao contrato de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Organização Social IABAS, apontando sobrepreços relativos aos custos dos serviços contratados pela referida OS. (LIMA; BRAVO, 2015, p. 59)

Em 1999, instituiu-se a lei 9.790 referente à criação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), na qual podem se qualificar como

Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as “pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que tenham sido constituídas, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta Lei” (BRASIL, 1999, art. 01), através de termos de parcerias. A constituição das OSCIPs garante a transferência da prestação dos serviços públicos para a gestão de Organizações sociais (ONGs), Redes, Ligas, Fundações, Associações da Sociedade Civil de um modo geral.

A lei das OSCIPs baseia-se, como apontado no PDRAE, na defesa de que o público já não é mais monopólio do Estado e, por isso, tendia estimular o desenvolvimento do chamado “terceiro setor” ao facilitar a colaboração entre o Estado e as Organizações da Sociedade Civil. Isto é, volta-se a Sociedade Civil, num contexto de transformação institucional, para construção de uma nova proposta para as políticas públicas, em que estas sejam fruto de parceria com nível estatal.

Os objetivos sociais previstos na presente lei são:

- Promoção da Assistência Social;
- Promoção da Cultura, Defesa e Conservação do Patrimônio Histórico e Artístico; Promoção Gratuita da Educação, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;
- Promoção Gratuita da Saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei; Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional;
- Defesa, Preservação e Conservação do Meio Ambiente e Promoção do Desenvolvimento Sustentável;
- Promoção do Voluntariado; Promoção do Desenvolvimento Econômico e Social e Combate à Pobreza;
- Experimentação, não lucrativa, de Novos Modelos Sócio-produtivos e de Sistemas Alternativos de Produção, Comércio, Emprego e Crédito;
- Promoção de Direitos Estabelecidos, Construção de Novos Direitos e Assessoria Jurídica Gratuita de Interesse Suplementar;
- Promoção da Ética, da Paz, da Cidadania, dos Direitos Humanos, da Democracia e de outros valores universais;

- Estudos e Pesquisas, Desenvolvimento de Tecnologias Alternativas, Produção e Divulgação de Informações e Conhecimentos Técnicos e Científicos e Estudos e Pesquisas para o Desenvolvimento, a Disponibilização e a Implementação de Tecnologias voltadas à Mobilidade de pessoas, por qualquer meio de transporte.

O termo de Parceria é considerado o instrumento para o contrato entre o poder público e as entidades qualificadas como OSCIPs para realização de atividades de interesse público, sendo que para que esta celebração acontecer deveria ser realizado consultas aos Conselhos de Políticas Públicas das referidas áreas de atuação, nos seus respectivos níveis de governo. Além de prever a execução acompanhada e fiscalizada pelo órgão do Poder Público e pelos Conselhos de Políticas Públicas.

O objetivo deste dispositivo é, de fato, transformar as OSs em OSCIP porque 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, conforme o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado/1995 (FHC), exceto as do chamado Núcleo Estratégico e Burocrático, que permanecem com o Estado e as do chamado Setor de Produção de Bens e Serviços que, o governo FHC entendia que *“são atividades empresariais e devem ser transferidas integralmente para a iniciativa privada lucrativa”*. (REZENDE, 2008, p. 29)

As OSCIPs estão presentes em muitos dos estabelecimentos de promoção da saúde, independente dos níveis de governo – federal, estadual ou municipal - mesmo que em termos legais o fomento e execução dos serviços de saúde são de responsabilidade exclusiva do Estado.

No entanto, as OSs e as OSCIPs, apesar de aparentemente serem muito parecidas, em termos jurídicos, estas apresentam diferenças significativas, como pode ser observado no quadro a seguir:

Quadro 1 - Síntese dos modelos de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs

Sistema Único de Saúde (SUS)	Organizações Sociais (OSs)	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)
-------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------------------------------------------

Gestão Única do Sistema de Saúde em cada esfera do Governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e serviços).	Autonomia Administrativa e Financiamento de cada OSs.	Autonomia Administrativa e Financiamento de cada OSCIP.
Descentralização da Gestão entre as três esferas de Governo.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os municípios.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os municípios.
Hierarquização dos Serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único.	Autonomia Gerencial dos Serviços de cada OSs.	Autonomia Gerencial dos Serviços de cada OSCIP.
Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.	Financiamento definitivo no orçamento público, para cada OS, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.	Financiamento definitivo no orçamento público, para cada OSCIP, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
Regionalização	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.
Universalidade e Integralidade da Atenção à Saúde	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OSs.	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OSCIP.
Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde.	Inexistente.	Inexistente.
Controle Social, com conselhos	Inexistente. O Controle Social	Inexistente. Somente a

de Saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.	tal como previsto na Lei 8.142/90 é substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos da entidade, com paridade diferente daquela estabelecida na Lei 8.142/90 e não é deliberativo.	celebração do Termo de Parceria é precedida da consulta aos Conselhos de Políticas Públicas existentes, nas áreas correspondente de atuação.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Rezende, 2008

Seguindo a lógica da contrarreforma estatal de Bresser Pereira, o governo Lula instituiu, em 2007, a Lei Complementar 92/2007, que cria as Fundações Estatais de Direito Privado, decretando que “poderá ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrantes da administração pública indireta com personalidade jurídica de direito público ou privado” (BRASIL, 2007, art. 1), desempenhando atividades que não sejam exclusivas do Estado. Tais atividades se referem à: Saúde, Assistência Social, Cultura, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Previdência Complementar, Comunicação Social, Desporto e Promoção do turismo Nacional.

A lei complementar aprovada entende a gestão dos Hospitais Universitários Federais inseridos na área da saúde (e não somente na educação) e, por conseguinte, pode ser geridos por tais Fundações, desde que aprovada em Conselho Universitário. A justificativa encontrada pelo Governo Federal para a alteração no modelo de gestão dos Hospitais Universitários seria a crise pela qual estavam passando, e que se referiam à má administração de seus recursos, pretexto presente no bojo do projeto de contrarreforma brasileiro.

A contrarreforma estatal que permitiu à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, ao definir de modo rebaixado o que são atividades exclusivas do Estado – ação que permitiu a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações - tem no Projeto de Fundação Estatal um estágio aprofundado de transformação do Estado em mínimo para o trabalho e máximo para o capital. (GRANEMANN, 2011, p. 51)

O projeto de Fundações Estatais de Direito Privado se apresenta como complementar e pretende regulamentar a Emenda Constitucional 19/1998, que se fez amplamente conhecida, no Governo FHC, como a emenda da contrarreforma

brasileira. Segundo Sara Granemann (2011) o projeto de Fundação Estatal apresenta uma abrangência superior aos demais modelos de gestão implementados anteriormente – OSs e OSCIPs – após a contrarreforma de Bresser Pereira, elaborado pelo governo petista de Luís Inácio Lula da Silva. Porém, a autora, na sequência, salienta que a construção de tal projeto esteve ligada a determinações de organismos multilaterais.

A cronologia salientada por Granemann (2011) faz referência aos acontecimentos no ano de 2007, mais especificamente de março a maio do corrente ano. A princípio, em março, ocorreu a divulgação de um documento pelo Banco Mundial, em que constavam avaliações e propostas para a gestão do SUS a pedido do Ministério da Saúde. Em seguida, o então Ministro da Saúde, José Temporão, apresentou idéias para melhorar a gestão do sistema de saúde, seguindo a linha apresentada pelo relatório do Banco Mundial. Por fim, em maio, publicizou-se no site do Ministério de Orçamento e Gestão um conjunto de documentos caracterizando as Fundações Estatais de Direito Privado, corroborando com a proposta do Banco Mundial.

O documento publicado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão intitulado “Fundação Estatal – Metas, Gestão Profissional e Direitos Preservados” traça como objetivos das FEDPs “desburocratizar e prestar um atendimento efetivo às necessidades do cidadão, construindo uma alternativa ágil, transparente e participativa” (BRASIL, 2015c, p. 03), pois, em relação ao SUS, “com o passar dos anos, o modelo de gestão pública mostrou-se incapaz de acompanhar as constantes demandas, com dificuldades de ampliar a capacidade de funcionamento dos hospitais” (BRASIL, 2015c, p. 03) e, como consequência, “hoje são encontrados serviços públicos de saúde, particularmente hospitais, com limitações significativas, servidores sobrecarregados [...] e uma população insatisfeita com o atendimento” (BRASIL, 2015c, p. 03).

Não por acaso, o documento frisa a gestão dos hospitais como problema a ser enfrentado na consolidação administrativa do Sistema único de Saúde, por ser este – hospitalocêntrico – o modelo no qual está alicerçado os serviços de saúde no Brasil. As questões apontadas no referido documento, de acordo com Sara Granemann (2011), defende que as Fundações Estatais privatizam as políticas sociais, prejudicam os trabalhadores e traz a tona o fetiche da grande empresa.

Isto porque a privatização das políticas sociais via Fundações Estatais ocorre pela “noção de que as políticas sociais podem ser desenvolvidas nos moldes análogos aos serviços privados” (GRANEMANN, 2011, p. 51), ou seja, os direitos sociais que não são exclusivos do Estado, como o caso da saúde, são reproduzidos segundo a lógica do mercado, da livre iniciativa.

Ao subverter a forma institucional do Estado o mito da Fundação Estatal absorve a “ossatura” material dos interesses do mercado porque ideologicamente afirma a indiferenciação entre público e privado e ao enfatizar a gestão e hipertrofiar o lugar da técnica sobre a política faz a política do capital. O gerencialismo reivindicado amputa e despolitiza as relações de classe nas políticas sociais. (GRANEMANN, 2011, p. 51)

Em relação ao ataque aos trabalhadores, as FEDPs precarizam os vínculos trabalhistas visto que “as entidades públicas com estrutura de direito privado devem adotar sempre o regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) na contratação de seus empregados públicos” (BRASIL, 2015c, p.11), extinguindo a contratação via concurso público com vínculo via Regime Jurídico Único e a tão sonhada estabilidade empregatícia.

Outro ponto importante se trata dos contratos de gestão, que imputam objetivos, metas, prazos, etc., “para cada serviço a ser prestado, vinculadas diretamente aos recursos que serão recebidos pelas Fundações Estatais, diferentemente das entidades públicas integrantes do orçamento público” (BRASIL, 2015c, p.06), podendo, inclusive, estabelecer tais contratos com outros agentes de mercado, abrindo-se a aplicações financeiras, pois as mesmas são isentas da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Como cada Fundação Estatal possui autonomia em relação ao seu quadro de profissionais e possui seu próprio plano de cargos e carreiras, ela fragmenta, desorganiza e desmobiliza a categoria de servidores públicos, pois apesar da fundação está inserida no âmbito estatal, esta corresponde a um quadro de flexibilização laboral. “Aliada à contratação pela CLT o projeto fundação estatal é em tudo coerente com seu diagnóstico o Estado é ineficaz e uma das razões centrais de sua ineficácia é a estabilidade da força de trabalho” (GRANEMANN, 2011, p. 52).

Uma questão central é o “direito” que as FEDPs possuem em não contribuírem com o fundo público, constituindo um ataque direto da seguridade social. “A conclusão possível deste arranjo é o da transferência de fundos públicos

aos capitais particulares pela forma de contratação de serviços e pela liberação da obrigação de contribuir com a formação do fundo público” (GRANEMANN, 2011, p. 53).

As fundações estatais carregam consigo o fetiche da grande empresa porque trabalha através de um rigoroso controle corporativo e não nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, possuindo um sistema de governança caracterizado por um colegiado composto por conselho curador, diretoria-executiva, conselho fiscal e conselho consultivo social. “O fetiche da gestão, da técnica autônoma dos processos sociais e das lutas sociais é a forma que embala e envolve a fundação estatal; forma ilusória para criar a relação com o mercado e de mercado nas políticas sociais” (GRANEMANN, 2011, p. 53).

Ao se comparar os novos modelos de gestão, até então implementados – OSs e FEDP – aparentemente, pode-se ter uma idéia de que estas são modelos indiferenciáveis, visto que ambas são regidas por regime jurídico de direito privado e inscritas num contexto de relações do tipo público-privado, mediando a relação entre o Estado, a sociedade e o mercado. Porém, esses modelos de governança apresentam significativas diferenças, como o caso das OSs que se estruturam sob a lógica gerencial, estando fora da administração pública e, por isso, possuindo maior autonomia em relação à sua produção e gerenciamento de seus fundos de financiamento. Já as FEDPs estão inseridas na administração pública, mas de modo indireto, o que ocasiona a sua submissão às regras mínimas da administração pública. A seguir segue um quadro que apresenta sinteticamente tais diferenças:

Quadro 2 - Aspectos da relação público-privado nas diferentes modalidades jurídico-administrativas

Modalidade jurídica administrativa/ características	Órgão Administração direta	Organizações Sociais	Fundação Estatal de Direito Privado
Personalidade Jurídica	Direito Público	Direito Privado	Direito Privado
Relação com a administração pública	Administração Direta	Fora da Administração Pública	Administração Indireta
Normas de direito público	Regime Administrativo	Não observa	Administração Indireta
Forma de ingresso	Concurso Público	Sem mecanismos delimitados	Concurso Público
Regime de emprego	Estatutário	CLT	CLT

Financiamento/Fomento	Orçamento Geral da União	Contrapartida principalmente do Estado, doações e compra de serviços por parte da sociedade	Doações, atuação das próprias fundações, e, principalmente, contrapartida do Estado.
Autonomia orçamentária e financeira	Não Possui	Orçamentária e Financeira	Orçamentária e Financeira
Imunidade tributária	Tem imunidade	Tem imunidade	Imunidade tributária apenas nas áreas de assistência social e educação
Penhorabilidade	Impenhorabilidade	Impenhorabilidade dos bens públicos	Sistema especial de penhora

Fonte: Silva, 2012

Seguindo a perspectiva do Plano Diretor de Reestruturação do Estado formulado por Bresser Pereira, entra-se em discussão a gestão dos Hospitais Universitários Federais, questão tratada com maior atenção desde a lei das Fundações Estatais de Direito Privado, tratando da necessidade de cunho neoliberal de reestruturar a gestão do maior sistema hospitalar público do Brasil, composto por 46 hospitais.

Antes de qualquer coisa, cabe destacar que “não à toa é o Banco Mundial que vem no Brasil capitaneando esse processo com a organização de seminários além de financiamento das iniciativas de mudanças” (CISLAGHI, 2011, p. 56). Para tanto, organizou-se, em 2010, um evento que contou com a participação do Ministério do Planejamento, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, gestores dos hospitais universitários federais e representantes de Portugal, Espanha e Estados Unidos com o objetivo de apresentar seus modelos de gestão. Segundo Cislighi (2011, p. 62), “ao final deste evento comunicou-se o empréstimo de 320 milhões de reais para o financiamento do Projeto de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), advindo do próprio Banco Mundial”.

A questão central, apontada para a necessidade de reestruturação desses hospitais via REHUF, diz respeito aos custos dos mesmos ao sistema de saúde brasileiro, pois seriam “responsáveis por cerca de 10% dos atendimentos na maioria dos países podem ser responsáveis por 9% até 40% do total de gastos na área da saúde” (CISLAGHI, 2011, p. 56). Questiona-se a real necessidade de se

manter estruturados hospitais universitários, primeiro com Portaria Interministerial nº 1000 de 2004, em que se pretendia unificar hospitais universitários, hospitais escolas e hospitais auxiliares de ensino⁵⁷ em hospitais de ensino, promovendo a quebra da relação entre ensino, pesquisa e extensão ao dissociar a ligação direta entre a universidade e o hospital universitário. E, da portaria nº 4 de 2008 que garantiu autonomia financeira aos HUs, através da criação de unidades orçamentárias próprias.

Assim, em janeiro de 2010 é decretado pelo Governo Federal o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), tendo como diretrizes o estabelecimento de um novo mecanismo de financiamento compartilhado entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, melhoria dos processos de gestão, adequação da estrutura física, recuperação e modernização do quadro tecnológico, recuperação do quadro de recursos humanos e aprimoramento das atividades através da avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias.

Apesar de indicar diretrizes gerais de atuação, o REHUF não trazia em si uma forma definida de como se daria esse processo de reestruturação dos HUs federais, gerando frustrações após sua regulamentação. Para resolver esse impasse, o Governo Federal apresenta a Medida Provisória (MP) 520 que “previa a criação de uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação. [...] A MP abria a possibilidade de a nova empresa pública administrar quaisquer unidades de hospitalares no âmbito do SUS” (CISLAGHI, 2011, p. 60).

A MP chegou a ser apreciada e modificada pelo Congresso Nacional. Contra a proposta da MP ficaram várias entidades representativas de trabalhadores como a Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior – ANDES e a FASUBRA, bem como reitores e Conselhos Universitários. No dia 05 de junho de 2011 em conturbada sessão do Senado Federal, o prazo de votação da MP se encerrou, sem que ela fosse votada. Com isso restou ao governo recolocar a MP, agora como Projeto de lei (PL 1749), o que foi feito pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. O conteúdo da proposta se manteve. Algumas modificações realizadas pelo Congresso foram desconsideradas recolocando-se a proposta original quase na sua totalidade. (CISLAGHI, 2011, p. 60)

⁵⁷ Hospitais Universitários referem-se a hospitais vinculados à gestão de Universidades; Hospitais Escola estão vinculados a escolas médicas isoladas, sendo geridos por as mesmas; Hospitais Auxiliares de Ensino promovem atividade de ensino através de convênio com instituições de ensino de nível superior.

Com a brecha aberta pela Lei 1749/2011 e a fim de responder as lacunas presentes no REHUF instituiu-se, em 2011, através da Lei 12.550/2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), na qual autoriza o poder executivo a criar uma empresa pública de prestação de serviços públicos de educação e saúde. Desde então, passou a ser uma estatal vinculada ao Ministério da Educação, “órgão do Governo Federal responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Federais, executado em parceria com o Ministério da Saúde e que contempla 46 hospitais que integram a rede” (EBSERH, 2013, p. 03).

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares surge como resposta à crise enfrentada pelos hospitais universitários brasileiros, pondo a responsabilidade na ineficiência da gestão dos mesmos – não se questiona como bem lhes convém, o subfinanciamento da saúde pública – e é apontada como solução para que se cumpra o acordo com o Tribunal de Contas da União, em que foi exigida a realização de concursos públicos para que fossem substituídos os servidores contratados.

A EBSERH criada a partir da lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011, é uma instituição de direito privado autorizada a exercer atividade estatal que não seja exclusiva do Estado, como a saúde, a educação, e a ciência e a tecnologia, conforme o plano diretor. Vê-se assim, ainda que modo inicial, as poderosas articulações e os complexos nexos entre a EBSERH e os interesses de grande capital. Esta iniciativa conforma e oferece viabilidade a contrarreforma do Estado brasileiro. (CARDOSO, 2015, p. 43)

O que se compreende como direito privado, mesmo no caso de uma empresa pública, é que ao se estabelecer relações dessa natureza, a EBSERH possui autonomia em relação ao setor público para estruturar seus serviços, como a dispensa do trâmite burocrático de licitação pública, e sua vinculação com os trabalhadores ligados a ela, possuindo plano próprio de cargos e carreiras, além de estabelecer, como no mercado, diretrizes de avaliação de resultados e metas.

Quando se trata da EBSERH, alguns pontos essenciais devem ser expostos, que, aliás, promovem inúmeras discussões sobre a necessidade e os reais objetivos de sua implantação. O primeiro deles está presente logo no segundo artigo da referida lei, em que estabelece que o capital social da EBSERH seja integralmente propriedade da união, mas que em seu parágrafo único expõe que a “integralização do capital social será realizada com recursos oriundos de dotações no orçamento da união, bem como pela **incorporação de qualquer espécie de**

bens e direitos suscetíveis de avaliação de dinheiro” (BRASIL. Lei 12.550, 2011, art. 10, grifos nossos).

Nesse ponto, abre-se a possibilidade da EBSE RH firmar contratos de gestão ou de atividades com instâncias não pertencentes ao governo, a fim de captar recursos privados, e assim, “todas as partes estariam aptas também a participarem do orçamento do Estado” (CARDOSO, 2015, p. 40). Ou seja, a EBSE RH possui autonomia gerencial e financeira para gerir os recursos e bens públicos.

Ainda nesse ponto, uma possível consequência seria o estabelecimento da relação com planos privados de saúde, através de convênios, ocasionando uma dupla entrada desses hospitais, isto é, de um lado o atendimento gratuito a população e, de outro, leitos reservados para usuários de planos de saúde. Como já acontece no hospital das clínicas de Porto Alegre, modelo de referência para implantação da EBSE RH, e que possui um “percentual de 20% dos leitos disponibilizados para usuários de planos privados de saúde, como Saúde Bradesco, CASSI, UNIMED, entre outros” (CORREIA, 2015, p. 48). Como apontado em seu artigo terceiro, no qual “é assegurado à EBSE RH o **ressarcimento** das despesas com o atendimento de **consumidores** e respectivos dependentes de **planos privados** de assistência à saúde” (BRASIL. Lei 12.550, 2011, art. 9, grifos nossos). De mais a mais, os recursos da EBSE RH são constituídos por doações, legados e subvenções destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado.

Como ocorre na iniciativa privada, a lei que estabelece a EBSE RH, no que tange a prestação de serviços, destaca a geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas de desempenho, com indicadores e prazos de execução e parâmetros a ser aplicado, o que pode provocar problemas, visto que os hospitais universitários estão inseridos no tripé ensino, pesquisa e extensão.

O contrato das universidades com a EBSE RH também garante a esta a dispensa de licitação para contratação para atividades relacionadas ao seu objeto social, patrocinar entidade fechada e previdência privada conforme a lógica neoliberal, estimular os Estados a autorizar a criação de empresas públicas de direito privado de serviços hospitalares, como já ocorre no Maranhão, onde se criou a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSE RH) e autoriza as

instituições federais de ensino a ceder bens e direitos necessários para sua execução.

Uma questão central referente à EBSEERH é a contratação de recursos humanos, em que “o regime de pessoal permanente da EBSEERH será o da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT” (BRASIL. Lei 12.550, 2011, art. 10). A empresa também é autorizada a contratar trabalhadores através de processo seletivo simplificado, por um contrato de até cinco anos. Portanto, a contratação de servidores, via regime privado, retira do trabalhador os benefícios do vínculo estatutário, como a estabilidade no emprego, inibe a participação sindical e organização dos trabalhadores.

Outro item de suma importância diz respeito ao controle social, tão necessário e importante para o Sistema Único de Saúde, em que não há garantias para sua plena realização como previsto na lei que regulamenta o SUS, visto que na estrutura administrativa da EBSEERH o único ponto que remete, ainda que de maneira geral, ao controle social é existência de um Conselho Administrativo, composto por representantes da EBSEERH, do Ministério da Educação e da Saúde, dos usuários dos HUs, indicados por sua entidade representativa, reitor ou diretor do hospital, indicado pela ANDIFES, representante dos trabalhadores, indicado por sua entidade representativa e, representante dos residentes em saúde, também indicado por sua entidade representativa, trata-se de um conselho que possui apenas caráter consultivo e não deliberativo, tendo como “finalidade de oferecer consultoria e apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração, além de avaliar e fazer sugestões em relação ao papel social da EBSEERH” (EBSEERH, 2013, p. 08).

O desrespeito ao controle social, segundo Silva et al (2015), se manifesta quando o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova a moção nº 15 em outubro de 2011, em que repudia a EBSEERH, quando o mesmo CNS se posiciona, por deliberação, contrária a EBSEERH na 14ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre os dias 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011 e quando institui em março de 2006, deliberação nº 001, contrária á terceirização da gerencia e da gestão de serviços e pessoal do setor saúde, e estas deliberações são simplesmente ignoradas pelo Governo Federal.

Por fim, tem-se o ponto do desrespeito a autonomia universitária, visto que a adesão à EBSEERH não precisa ser aprovada pelos Conselhos Universitários,

ao contrário, basta que o reitor envie uma carta de intenção, um ofício à EBSERH, para que se estabeleça o contrato entre a empresa e a referida universidade.

Com a implementação da EBSERH a autonomia universitária e a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão estão ameaçadas pela transferência para a empresa dos serviços prestados pelos hospitais universitários, bem como a sua respectiva administração, não há garantia alguma da manutenção do tripé ensino, pesquisa e extensão. Trata-se da destruição dos hospitais universitários, que passa a ser igualado a qualquer hospital que exerce atividade de ensino, favorecendo o ensino privado. (SILVA et al, 2013, p. 07)

Em suma, a implantação da EBSERH, apesar de ser uma empresa pública, é regida pelo direito privado, o que leva a terceirização administrativa dos HUs, a precarização do vínculo trabalhista, desvincula os hospitais universitários das universidades e reduz o controle social. É entendida como inconstitucional por terceirizar as atividades fim do Estado, como às relacionadas à saúde e educação.

Segundo Granemann (2011) este tipo de privatização – através dos novos modelos de gestão - do setor público caracteriza-se como “privatização não clássica”, pois não ocorre pela venda direta do bem público, mas envolvem mecanismos ideológicos que afirmam que se operará com mais e não menos Estado. “Não é por acaso que o Banco Mundial, financiador do REHUF, condicionou este financiamento às mudanças no modelo de gestão” (CORREIA, 2015, p. 51).

4.3 Diretrizes e estratégias da Política de Humanização da Saúde e a precarização do trabalho em saúde

Em meio às transformações políticas, sociais, econômicas, culturais que vem se desenrolando no mundo social, aparece a Política Nacional de Humanização da Saúde, questionando de maneira contundente a desumanização percebida na construção da política de saúde brasileira. Porém, tal questionamento baseia-se numa individualização dos “sujeitos” envolvidos no processo de saúde, responsabilizando-os pelas possíveis mudanças no setor. A partir de agora se toma a política, questionando-a.

Tal individualização e responsabilização aparecem logo de início quando se assume como eixo principal da política a “comunicação entre os três setores que compõe o SUS, usuários, gestores e profissionais da saúde” (BRASIL, 2014, p. 06). Aqui, se percebe que a construção de relações humanizadas é compreendida pela necessidade urgente de facilitar a comunicação entre esses “sujeitos”, a própria definição de sujeitos já traz consigo a idéia de que são eles os incumbidos de transformar as práticas de saúde.

A ação do indivíduo, a liberdade individual, que tão bem direciona o ato de edificação do setor saúde, trazido como eixo da PNH, pode ser relacionada com a teoria neoliberal, uma vez que sua “ênfase fundacional nas liberdades individuais, o poder de fragmentar o libertarianismo, a política de identidade, o multiculturalismo advindas das forças sociais se puseram a buscar a justiça social por meio da conquista do poder do Estado” (HARVEY, 2008, p.51). Nessa perspectiva, a PNH possui uma conciliação teórica com a retórica neoliberal, que, como deve ser pontuado, nasce no mesmo momento em que tais idéias adentram as políticas sociais no Brasil, penetrando “nas compreensões do senso comum” (HARVEY, 2008, p. 50).

Claro que a PNH tem suas bases na luta e organização dos defensores de uma política de saúde que alcance de maneira universal os que necessitam dela, percebendo importância do cuidado, mas ao mesmo tempo ela vai sendo construída como uma política de Estado, principalmente no governo de Luís Inácio Lula da Silva, momento este, em que há a consolidação de um consenso entre as classes no país.

Segundo Bianchi e Braga (2016), o processo de hegemonia da classe dominante brasileira sempre se deu pela atualização gradual do capitalismo por meio de reformas promovidas pelo Estado, mas que deixa de fora as classes subalternas, denominado pelos autores como revolução passiva à brasileira. O Lulismo inseriu a esse bloco hegemônico os setores sindicais, promovendo uma organização mais abrangente e resistente do que foi construído nos governos de FHC, ou seja, o controle de setores da burocracia sindical e de boa parte dos movimentos sociais dava ao governo uma maior oportunidade para promover reformas necessárias às novas exigências do capital, ao mesmo tempo em que se construíam políticas sociais compensatórias.

Quer dizer, a Política Nacional de Humanização da Saúde aparece, no contexto institucional, na transição de cunho democrático, em que há participação, organização e mobilização da sociedade civil, recebendo maior relevância no governo do Partido dos Trabalhadores, um governo social-democrático, com a construção de um discurso “em defesa do SUS” ao mesmo tempo em que reforça a responsabilidade individual para a construção do mesmo e da PNH, tendo um peso ideologicamente neoliberal.

Não há como negar a importância da ação, da construção diária do SUS, porém esta não ocorre simplesmente pela mudança de comportamento entre os sujeitos. A PNH, ao que parece, não alcança a crítica das transformações do mundo do capital, nem ao menos a coloca em questão. Vê-se através dos princípios de “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS”, “apoio a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos” (BRASIL, 2014, p. 10) e do método utilizado, “construção de uma rede permanente de laços” (BRASIL, 2014, p. 15), que se tenta construir um consenso em que a alternativa posta para a resolução da desumanização passa por uma comunicação eficiente entre os usuários dos serviços, profissionais da saúde e gestores.

Pode-se utilizar como exemplo as ações do Hospital Universitário Presidente Dutra ligado a Universidade Federal do Maranhão, em que para atingir o objetivo de humanizar a saúde dentro de sua instituição realiza “pesquisa de satisfação do cliente interno e externo”, formula “cartilha de orientações para pacientes e acompanhantes”, cria espaços “estreitando laços” com a finalidade de “promover estreitamento das relações interpessoais e intersetoriais do HU mediadas pela Direção Geral”, além da abertura de “voluntários do acolhimento”, com apoio a “espiritualidade” e o projeto “posso ajudar” e “datas comemorativas”, a fim de “proporcionar à comunidade do Hospital Universitário a participação na comemoração de datas festivas e culturais, focadas no exercício da cidadania interna” (HUUFMA, 2016).

Ou do Hospital Universitário de Taubaté e Hospital Regional Vale do Paraíba-SP com o projeto “visita aberta”; do Hospital Universitário ligado a Universidade Federal do Paraná com as ações “música e recreação”, “acolhimento com avaliação de risco de pronto atendimento”, “acolhimento ao luto”, “acolhimento familiar”, projeto “Só Rir” e “rodas de conversas de humanização”; do Hospital

Universitário da Universidade Federal de Pernambuco que pretende humanizar através da “classificação de prioridades no setor de marcação de consultas dos ambulatorios”, da “instalação da sala de acolhimento dos acompanhantes na urgência obstétrica”, do projeto “SARES (Serviço de Assistência Religiosa em Saúde)” e do “programa MAIS (Manifestações de Arte Integrada à Saúde)”.

Por esse ser um traço marcante em toda a trajetória da Política Nacional de Humanização da Saúde, mesmo que já tenha sido, de uma maneira ou de outra, pontuado anteriormente no desenvolvimento do trabalho, é de suma importância que se volte a essa questão, que, vale ressaltar, não se encerra na área da saúde. Ao contrário, a vertente teórica que defende a linguagem, a comunicação como o espaço para a construção de mudanças, de transformações coletivas é um tanto extenso. Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão, construiu sua análise a respeito da sociedade contemporânea ao substituir a centralidade do trabalho para a esfera da comunicação. É através da análise crítica de Ricardo Antunes (2009) que este trabalho pretende alcançar a crítica de Habermas.

Segundo Antunes (2009), Habermas em seu percurso analítico “relativiza e minimiza o papel do trabalho na sociabilização do ser social, na medida em que na contemporaneidade este é substituído pela esfera da intersubjetividade, que se converte no momento privilegiado do agir societal” (2009, p. 146), ou seja, ao retirar a centralidade do trabalho da esfera social, transfere aos indivíduos isolados, através da comunicação, a possibilidade da ação coletiva, é através da linguagem que se pode conseguir alterar a realidade, no que o próprio Habermas chama de “mundo da vida”. E este:

É o lugar transcendental onde o que fala e o que ouve se encontram, onde eles podem reciprocamente colocar a pretensão de que suas declarações se adequam ao mundo (objetivo, social e subjetivo) e onde eles podem criticar e confirmar a validade de seus intentos, solucionar seus desacordos e chegar a um acordo. Numa sentença: os participantes não podem in actu assumir uma relação à linguagem e à cultura a mesma distância que assumem em relação à totalidade dos fatos, normas ou experiências concernentes sobre as quais é possível um mútuo entendimento. (HABERMAS, 1992 apud ANTUNES, 2009, p. 148)

Nesse sentido, ainda segundo Antunes (2009), o mundo da vida em Habermas possui “como elementos constitutivos básicos a linguagem e a cultura” (ANTUNES, 2009, p. 148), assim, o mundo da vida é construído pelo poder da palavra, do diálogo, da interação contínua entre o que fala e o que escuta,

procurando sempre por consensos ou mediações para as questões levantadas, “isso tanto na dimensão semântica dos significados ou conteúdos (da tradição cultural) quanto na dimensão do espaço social (os grupos socialmente integrados)” (ANTUNES, 2009, p. 148), de acordo com o suceder de gerações. No entanto, a “ação comunicativa não se constitui somente de processos de interpretação onde o saber cultural é testado contra o mundo; eles são, ao mesmo tempo, processos de integração social e de socialização” (ANTUNES, 2009, p. 149).

Habermas compreende a organização social dividida por subsistemas, os quais incluem instâncias que se excluem como sistema, em que entende as estruturas relativas ao trabalho, ao dinheiro, ao poder e o mundo da vida, o momento em que se dá a intersubjetividade, a relação entre os sujeitos. E que deformações na possibilidade de comunicação do mundo da vida ocorrem pela inserção de tendências sistêmicas, pois “a instrumentalização do mundo da vida, por estrangimentos oriundos do universo sistêmico, leva a uma redução e ao ajustamento da prática comunicativa às orientações de ação cognitivo-instrumental” (ANTUNES, 2009, p. 150).

Em suma, a crítica Habermasiana se sustenta pelo paradigma do mundo da vida e do sistema e:

A disjunção operada entre esses dois níveis, que se efetivou com a complexificação das formas sociais, levou o autor a concluir que a utopia da idéia baseada no trabalho perdeu seu poder persuasivo (...) perdeu seu ponto de referência na realidade. Isso porque as condições capazes de possibilitar uma vida emancipada não mais emergem diretamente de uma revolucionarização das condições de trabalho, isto é, da transformação do trabalho alienado em uma atividade autodirigida. Ou seja, para Habermas a centralidade transferiu-se da esfera do trabalho para a esfera da ação comunicativa, onde se encontra o novo núcleo da utopia. (ANTUNES, 2009, p. 155)

Por conseguinte, se pode notar a semelhança teórica presente na análise de Habermas com as diretrizes fundantes da Política Nacional de Humanização da Saúde, uma vez que esta se pauta na ação comunicativa como central para as transformações, a humanização da saúde pública brasileira. Ao se voltar para os sujeitos, para a necessidade de ampliar espaços de comunicação, de conversa, do entendimento do outro pela linguagem, esquece que esta comunicação está inserida num modo específico de construção da vida societal, baseada em relações sociais estranhadas, alienadas.

E, essa é a crítica de Ricardo Antunes (2009) à crítica Habermasiana, pois para ele, o trabalho continua possuindo centralidade social, mesmo que a comunicação e linguagem sejam parte importante, elas são, de maneira indissociável, parte do processo de humanização, isto é, representam o salto ontológico do homem em relação as suas formas anteriores, portanto, a esfera intercomunicacional não pode se compreendida como “elemento fundante e estruturante do processo de sociabilização do homem” (ANTUNES, 2009, p. 156).

O trabalho entendido como o ato fundante da humanidade, carrega consigo, em toda a complexidade do ser social, a linguagem estando ambos intimamente ligados, “como momentos da práxis social esses complexos não podem ser separados e colocados em disjunção” (ANTUNES, 2009, p. 156). E, é exatamente o que Habermas faz, colocando de um lado o mundo da vida, ligada a intersubjetividade, e de outro, o sistema, com as suas estruturas sociais, rompendo com a indissociabilidade entre elas, desprezando a totalidade.

Segundo a Política Nacional de Humanização da Saúde (BRASIL, 2004a), a desumanização da saúde pública brasileira é reflexo da fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; da precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; do baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; desrespeito aos direitos dos usuários; formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde; controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS e modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Como visto, os problemas enfrentados pela política de saúde brasileira, de acordo com os documentos da PNH, encontram-se centrados na relação subjetiva dos sujeitos envolvidos diretamente com a produção de saúde, e, em particular, na gestão da saúde. Porém, o problema na gestão ainda se volta a não inserção dos trabalhadores e usuários do sistema de saúde nas “decisões” em seu local de trabalho e atendimento, e, no máximo, a necessidade de aliar gestão e subjetividade. Aqui não há nenhuma ligação da desumanização como consequência

do sucateamento, subfinanciamento do SUS ou da precarização do trabalho em saúde.

Paralelamente a construção e implementação da PNH, já vinham sendo incorporado à política de saúde os novos modelos de gestão, como as OSs em 1998, as OSCIPs em 1999, as Fundações Estatais de Direito Privado em 2007 e a EBSERH em 2011. Inclusive, em alguns aspectos, pode ser relacionado com a PNH, pela discussão da necessidade de mudanças da gestão dos serviços de saúde, visto sua ineficiência, com o objetivo de atribuir uma maior autonomia na execução destes serviços. Segundo Dias:

[...] através das mutações instituídas com vistas à flexibilização do mercado de trabalho, em particular à reforma administrativa, se reflete duplamente na saúde pública: na sua conformação enquanto política social com sérios rebatimentos nos serviços prestados (materialização da referida política) e no conjunto de seus trabalhadores, servidores públicos, considerando que não se trata de simples mudanças administrativas ou meras alterações nas relações de trabalho. (DIAS, 2010, p. 117)

A construção de uma política pública de saúde, como o SUS, defendida retoricamente nos documentos da Política Nacional de Humanização da Saúde, pautada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, controle social e descentralização vêm sofrendo ataques e sucessivas ameaças de desconstrução, pela “péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade de financiamento” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 164). Isto é, “a proposta de saúde pública e universal parece estar, na prática, sofrendo um processo de privatização passiva ou de uma democracia inconclusa” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 164).

A instabilidade financeira é um grave problema a ser enfrentado pelos defensores do Sistema Único de Saúde brasileiro, que desde seu nascedouro não possui uma real definição, em termos legais, da garantia de receita para os custos de suas atividades, a fim de assegurar seus princípios, como visto no primeiro capítulo do presente trabalho. Segundo Behring e Boschetti (2010), o orçamento da seguridade social deve sempre ser analisado entrelaçado à estrutura da carga tributária brasileira, procurando perceber sua relevância na política macroeconômica e, dessa forma, contextualiza que desde o governo FHC, a política fiscal brasileira segue o receituário do Fundo Monetário Internacional.

Na prática, o acordo que prevalece entre o governo brasileiro e o FMI garante que os recursos permaneçam “extremamente concentrados e centralizados” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010) na esfera federal, ocasionando, como uma das consequências, a “concentração na alocação dos serviços da dívida pública com destinação sempre maior que todo o recurso da seguridade social” (idem, ibidem), como observado anteriormente nos gráficos dos orçamentos executados pela União.

Essa centralização e concentração do orçamento nas mãos da União permite o aumento da carga tributária no país, sem que se aumentem os recursos, como por exemplo, para a seguridade social. Pois, através da Desvinculação das Receitas da União (DRU), o Governo Federal pode se apossar dos recursos da seguridade social e transferi-lo para onde achar necessário, como o pagamento de juros e amortizações da dívida externa. De acordo com Behring e Boschetti (2010, p. 166):

Esse mecanismo de manipulação orçamentária, que transfere recursos do orçamento da seguridade social para o orçamento fiscal, tem sido nefasto, pois permite a transferência de recursos públicos crescentes para o mercado financeiro, por meio do pagamento de serviços da dívida pública.

O que se evidencia na tabela a seguir:

Quadro 3: Receitas da Seguridade Social - Desvio da DRU em R\$ bilhões a preços de 2004

ANOS	Receita		DRU
	Antes da DRU	Depois da DRU	
2002	211,71	201,38	10,3
2003	212,64	205,47	7,2
2004	266,35	238,62	27,7
Total	690,70	645,47	45,2

Fonte: Boletins de Políticas Sociais do IPEA, n. 8, 9,10 *Apud* Behring e Boschetti, 2010.

Vê-se que a transferência dos recursos da Seguridade Social via DRU pelo Governo Federal nos anos de 2002, 2003 e 2004 somam R\$ 45, 2 bilhões de reais, recursos esses que deixaram de ser investidos na previdência social, na assistência social e na saúde. No que se refere à saúde, a não alocação de recursos

promove o sucateamento das estruturas físicas, falta de medicamentos, impossibilidade de oferecer tratamentos desde os mais simples até os de maior complexidade, etc. Portanto, uma política que pretenda humanizar as práticas de saúde deveria trazer com uma das diretrizes a defesa do financiamento público que consiga atender as demandas sociais, o que não ocorre na Política Nacional de Humanização da Saúde.

No que diz respeito ao trabalho e ao trabalhador na saúde, muito se tem a falar, uma vez que o avançar das políticas neoliberalizantes brasileiras seguem um “modelo de organização estatal que subentende não só a minimização do Estado, mas igualmente o esgotamento de seus serviços, impactando diretamente no contrato e funcionamento da atividade dos trabalhadores dos serviços públicos” (DIAS, 2010, p. 125), como se tem claro com os novos modelos de gestão em saúde. A partir do momento em que o Estado repassa a responsabilidade da gestão dos serviços de saúde para organizações ditas públicas, mas de interesse privado, os trabalhadores não serão mais funcionários públicos, mas sim terceirizados, submetidos à lógica privada de organização do trabalho.

A Política Nacional de Humanização da Saúde compreende que a humanização no SUS, deve ser pautada na transformação dos modelos de atenção e gestão “tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho” (BRASIL, 2004a, p. 20) e do “compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento” (BRASIL, 2004a, p.20).

Para tanto, se pretende incentivar o “trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar” (BRASIL, 2004a, p.21), através do “compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde” (BRASIL, 2004a, p.23), em resumo, garantir a “valorização do trabalho e do trabalhador” (BRASIL, 2004a, p.26), como uma de suas principais diretrizes. No entanto, essa valorização dos trabalhadores e das relações sociais no trabalho merece um pouco mais atenção.

A defesa da valorização profissional entende o trabalho como o “esforço que se despende no cotidiano, para o trabalhador dar conta dos acordos e pactos realizados com o gestor e com os companheiros de trabalho, em função das

necessidades dos usuários” (BRASIL, 2006, p. 60), uma atividade “submetida a uma regulação que se efetiva na interação entre os trabalhadores e os usuários, numa dinâmica que perpassa diferentes pontos de vistas” (BRASIL, 2006, p. 60). Portanto, valorizar o trabalho e o trabalhador seria “aprimorar a capacidade de promover e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 61).

No que parece, a PNH não alcança novamente a materialidade das condições dadas pelo neoliberalismo e reestruturação produtiva implementada no Brasil desde o final dos anos de 1980 ou, talvez, faça parte da construção de uma perspectiva consensual de uma defesa rasteira e superficial do SUS. Como valorizar o trabalho dos profissionais da saúde se a cada dia que se passa os direitos trabalhistas são retirados? Com o fim dos concursos públicos, com vínculo empregatício via RJU? Com a inexistência, para a grande maioria dos profissionais, de um plano de cargos e carreiras? Com o sucateamento do SUS sem garantias de financiamento adequado? Falta de leitos e infraestrutura? Como tencionar a atuação de uma equipe multiprofissional com o aumento da concorrência entre esses profissionais? Como criar uma rotina de diálogo com a imposição de metas de produtividade? Questões como essas precisam ser levantadas para que se possa, de fato, trazer a discussão da valorização do trabalhador no seu local de trabalho.

No sentido inverso ao apontado pela Política Nacional de Humanização da Saúde, o trabalho em saúde vem sofrendo muitos golpes e, ao invés de uma valorização, vêm ocorrendo a precarização. Entendendo a “precarização no sentido mais amplo, de deterioração das relações de trabalho e de ampliação da desregulamentação das leis trabalhistas e contratos de trabalho, com a efetiva perda de direitos dos trabalhadores” (MARCH, 2016, p. 03).

Seguindo a tendência assinalada por Alves (2016), têm-se modificações importantes que atingem os servidores públicos, como: a extinção gradual do Regime Jurídico Único (RJU), levando a contratação provisória dos serviços públicos pela CLT, dificultando a organização e mobilização desses trabalhadores e vínculos de empregos precários; fim da isonomia salarial e da estabilidade; ausência de reajustes anuais, voltando-se para a concessão de gratificações; alterações na previdência; desvinculação entre civis e militares e modificações nos concursos públicos.

[...] o processo de reestruturação produtiva ocorrido no interior dos serviços públicos, que passa essencialmente pela fragmentação dos trabalhadores a partir da terceirização, da inclusão de novas modalidades de contratação, pela reestruturação das carreiras, introduzindo a diferenciação salarial entre trabalhadores na ativa e entre ativos e aposentados, dentre outras questões. (MARCH, 2016, p. 05)

E Cláudia March, completa:

A reestruturação se dá, mesmo considerando a condição de trabalhadores improdutivos dos servidores públicos, que não participam diretamente da produção de mais-valia, mas que têm em comum com os demais trabalhadores a condição de assalariamento e de venda de sua força de trabalho como condição de sobrevivência. Sendo a origem de seus salários o Fundo Público e seu trabalho desenvolvido no interior do Estado, a contrarreforma do Estado incide diretamente sobre suas condições de trabalho. (MARCH, 2016, p. 06)

Quanto ao trabalho em saúde, este vem enfrentando variados problemas associados ao que Nogueira (1999) denomina de “Reforma oficial”, referente à reforma do aparelho estatal e a “Reforma Informal” caracterizada pelas terceirizações das atividades fins, das Organizações Sociais, das Fundações de Apoio, do uso indiscriminado de contratos temporários e cargos comissionados, além do vínculo precário de contratação dos trabalhadores. O que é reafirmando pelo próprio Ministério da Saúde:

Um grande contingente de profissionais do setor público de saúde, que é calculado em, aproximadamente, 800 mil trabalhadores, estão precarizados, o que equivale a quase 40% da Força de Trabalho inserida no setor, envolvendo as mais diversas modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços por meio da CLT, etc. Todas essas modalidades de relações precárias de trabalho, além de contrariarem os preceitos constitucionais previstos no art. 6º da Constituição Federal, colocam em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social, aqueles que prestam assistência à população (BRASIL, 2003b, p. 09).

De acordo com March (2016), ao analisar os números de servidores ativos na União, percebe-se que ocorre uma particular redução dos números absolutos dos trabalhadores da saúde, em 1997 eram 123.159 trabalhadores, já em 2002 reduz-se a 75.075, isto é, em 1997 o número de trabalhadores da saúde correspondia a 23,2% dos servidores da União e, em 2002, passa a corresponder a 16,4% do total. Não por acaso, este é o período em que começam a se consolidar Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs) como novos modelos de gestão do SUS.

Faria e Dalbello-Araújo (2011) destacam a reformulação do modelo de atenção à saúde no ano de 1999, em que ocorre uma maior responsabilização dos municípios para a contratação de trabalhadores da saúde, reforçando a organização do SUS de forma regionalizada e hierarquizada. Porém, essa maior responsabilização dos municípios entram em choque com a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000), aprovada em 2000, com cunho neoliberal, definindo que as despesas com pessoal não poderiam ultrapassar 50% dos estados e 60% dos municípios, assumindo uma perspectiva de limitação de autonomia do setor público em contratação de trabalhadores.

A reforma do Estado incidiu ainda sobre os Recursos Humanos do SUS com as alterações realizadas pela Emenda Constitucional nº 19 que alterou o artigo 39 da Constituição, fazendo com que o emprego público passasse a ser regulamentado no âmbito federal pela Lei nº 9.962/2000, que determina que o pessoal admitido para emprego público na administração federal direta, autárquica e fundacional terá sua relação de trabalho regida pela Consolidação das Leis do Trabalho, suprimindo a necessidade da utilização do Regime Jurídico Único (RJU). Nesta lei, os contratos trabalhistas passaram a ser regidos por processo seletivo diferenciado com remuneração diferenciada e sem exigir a existência de planos de carreira. Diferenças previdenciárias instituídas pelo Regime Geral da Previdência que difere do Regime Jurídico Único (RJU) porque deixa de garantir estabilidade de vínculo, desestrutura as carreiras, congela salários e quebra a isonomia e a paridade no trabalho entre as categorias profissionais. (CAVALCANTE; LIMA, 2013, p. 239)

A aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal abriu a porta que faltava para que se firmassem as parcerias, principalmente, com as Organizações Sociais e OSCIPs no setor saúde, conforme demonstrado com a publicação do site EBC Agência Brasil, no dia 13 de março de 2014, que dos 23 estados brasileiros, 17 contrataram Organizações Sociais para área da saúde no ano de 2013 (LISBOA, 2016).

A justificativa dos gestores de que a Lei de Responsabilidade Fiscal é complicadora para a expansão da força de trabalho tem levado à instituição da flexibilização, com diversas formas de vinculação de pessoal para cumprir as necessidades de expansão da cobertura dos serviços de saúde, especialmente dos programas como Saúde da Família, Agentes Comunitários e Serviço de Assistência Móvel de Urgência - SAMU, por exemplo. (KOSTER, 2008, p. 55)

As consequências para os trabalhadores da saúde são de grande proporção, uma vez que a lógica privada alcança o trabalho em saúde, abre-se espaço para o aumento da competição entre os trabalhadores, inviabilizando o

“fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade” (BRASIL, 2006, p.05), da aplicação de metas a serem alcançadas pelos trabalhadores, indo de encontro com a “construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede SUS” (BRASIL, 2006, p. 05).

Em documento intitulado “contra fatos não há argumentos”, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde⁵⁸ publicizou seu relatório analítico de prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário por parte das Organizações sociais. Ao tomar os prejuízos aos trabalhadores tem-se que:

Os trabalhadores estão sendo prejudicados, principalmente, no que diz respeito aos direitos trabalhistas e vantagens, absorvidos nos regimes jurídicos dos servidores quais sejam: Vencimentos garantidos por lei, conforme plano de cargos e carreiras prescritos pela lei 8142/90 do SUS; Taxação do recolhimento do salário nunca inferior ao mínimo nacional; Garantia de isonomia salarial de acordo com o nível de escolaridade, cargos assemelhados e complexidade da função. (FNPS, 2016a, p. 16)

Alguns casos são apontados pela Frente Nacionais Contra a Privatização da Saúde, neste mesmo documento, como: o relato de instabilidade e assédio moral dos trabalhadores das OSs, com metas de gestão, acúmulo de funções, num tempo recorde e estritamente centrado na patologia, além de denúncia de casos de racismo, em São Paulo; Em Nova Odessa, município de São Paulo, “centenas de servidores públicos foram levados a erro e pediram demissão para serem contratados pelas OSs. Com o cancelamento dos contratos, eles ficaram sem emprego” (FNPS, 2016a, p. 17); no Rio de Janeiro, em 2009, a gestão das UPAS e demais unidades de saúde foram repassadas para as OSs, “hoje, 50% dos ‘10807 médicos da rede estadual são compostos por mão de obra precária e a evasão resulta da falta de estímulo, diante de salários aviltantes e congelados há mais de 13 anos” (FNPS, 2016, p. 19); já na Paraíba, o Tribunal de Contas da União (TCU) concluiu pela ilegalidade da terceirização das atividades do Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa, apesar de que 80% de seus funcionários já eram terceirizados e, segundo o CRM, já haviam sido constatadas condições precárias de trabalho para os médicos, superlotação e falta de equipamentos.

⁵⁸ A Frente Nacional de Humanização da Saúde foi criada em novembro de 2010, como resultado das discussões do seminário nacional “20 anos de SUS: Lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal”, ela articula movimentos sociais, centrais sindicais, partidos políticos e militantes e está organizada através dos Fóruns de Saúde construídos nos estados.

Junqueira et. al. (2010), em “as relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS”, aponta para um quadro de precarização do trabalho em saúde na macrorregião sanitária Leste do Sul de Minas Gerais, composta por 52 municípios, visto que 75,6% dos trabalhadores da saúde, tanto agentes comunitários como profissionais de nível superior, são vinculados ao sistema de saúde via contratos temporários.

Seguindo essa tendência, Cavalcante e Lima (2013) demonstram em seu trabalho que a realidade da cidade de Maceió e, mais especificamente, da unidade básica de saúde “Denisson Menezes” reforçam o cenário precário da saúde brasileira quando apontam para as péssimas condições de trabalho, insuficiência do espaço físico e insumos materiais, gestão municipal sem interesse em expandir a Estratégia Saúde da Família devido à estagnação de investimento, além da multiplicidade dos vínculos empregatícios, sobrecarga de trabalho, fragilidade de organização política dos trabalhadores e a falta de uma gestão participativa.

E, Baraldi e Car (2016) concluem, como resultado de sua pesquisa sobre a “flexibilização e desregulamentação laboral dos trabalhadores da área de enfermagem no Brasil”, em relato do caso da profissionalização de auxiliares de enfermagem (PROFAE), que o processo de desregulamentação das relações de trabalho atinge os profissionais da saúde, com contratação flexível de profissionais, mesmo os profissionais mestre e doutores não escaparam dos múltiplos vínculos empregatícios, a inserção de trabalhadores jovens com a dinâmica do trabalho flexível/informal, sob o regime da CLT e redução da autonomia dos profissionais.

A aprovação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em 2011 para a gerência dos Hospitais Universitários ligados às Universidades Federais brasileiras representou um enorme retrocesso para o trabalhador da saúde, hoje 37 dos 50 hospitais universitários assinaram contrato com a EBSEH, em sua maioria, sob forte pressão do Governo Federal. Uma das justificativas utilizadas para a implementação desta empresa pública de direito privado é a regularização dos funcionários terceirizados, ao invés de realização de concurso público e contratação regida pela RJU.

Em mais um relatório, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2016b), lança uma análise das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos trabalhadores e ao erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços

Hospitales, no qual se destaca a situação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí com contrato assinado com a EBSEERH em agosto de 2012, coincidindo com sua inauguração, após dois anos de contrato, a situação do HU pode se resumida da seguinte maneira:

O cenário da unidade hospitalar beira o caos em virtude das péssimas condições de trabalho e da falta de estrutura para atender os pacientes. Uma auditoria feita pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS comprovou que a EBSEERH não implementou os serviços previstos no plano contratual. As UTIs foram abandonadas e o hospital está lotado com pacientes em macas nos corredores. O problema no hospital não é financeiro, já que o SUS repassa para o HU o valor de R\$ 2 milhões por mês. A gravidade da situação tem ocasionado diversos protestos, inclusive por médicos que chegaram a ameaçar um pedido de demissão coletiva. (FNCPS, 2016b, p. 03)

No Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco os trabalhadores da saúde, no dia 16 de junho de 2014, “formalizaram denúncia junto a mais de 100 órgãos fiscalizadores competentes, [...] na qual apontam diversas irregularidades, além das precárias condições de trabalho, estrutura e higiene do local, além de solicitarem a sua interdição” (FNCPS, 2016b, p. 5). O mesmo ocorreu no Hospital Universitário Cassiano de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, em que os trabalhadores denunciaram, em janeiro de 2014, a “situação de abandono da unidade e a precariedade das condições de trabalho, a exemplo da existência de ratos e baratas no CTI e da reutilização de materiais descartáveis” (FNCPS, 2016b, p. 6).

Segundo este mesmo relatório ocorreu inúmeras irregularidades na realização do processo seletivo para a contratação de profissionais, como no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Norte em que foram denunciadas ao Ministério Público Federal 41 irregularidades, no Ceará o seletivo para o Hospital Universitário Walter Cantídio e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand também apresentaram várias irregularidades, e no Maranhão em que o seletivo para preenchimento de vagas para o Hospital Universitário Presidente Dutra ligado a Universidade Federal do Maranhão, em 2013, contou com desorganização e irregularidades.

A insatisfação com a gestão dos Hospitais Universitários pela EBSEERH pode ser medida pela organização e mobilização dos trabalhadores ligados a esta empresa, vários processos de greves já são marcas registradas, como a que ocorreu

em junho de 2014, promovida pelos empregados da EBSEH em Brasília, cujas pautas de reivindicações eram a valorização da carreira e o cumprimento do plano de cargos e carreiras prometidos pelo governo; a paralisação dos médicos ocorrida no Hospital Universitário da UFPI, em fevereiro de 2014, chamando a atenção para a falta de funcionamento pelo do Hospital, do não cumprimento das leis trabalhistas e reivindicando melhores condições de trabalho, e, junho do mesmo ano, os demais trabalhadores deste hospital entraram em greve por tempo indeterminado. Trabalhadores dos Hospitais Universitário do Maranhão e Minas Gerais também entraram em greve (FNCPS, 2016b).

Como visto, diante desse cenário, se faz urgente políticas públicas que se pautem na valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, a fim de melhorar e garantir que os profissionais possam realizar assistência à saúde de maneira qualificada, através de um vínculo sólido no Sistema Único de Saúde. A Política Nacional de Humanização da Saúde traz como uma de suas diretrizes para esta valorização do trabalho em saúde, mas não reconhece o momento histórico de acirramento da desumanização do trabalho, do estranhamento entre os homens. Portanto, é uma valorização insuficiente, que não alcança a materialidade histórica dada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissertação aqui apresentada seguiu o caminho da análise documental e bibliográfica sobre a Política Nacional de Humanização da Saúde, a fim de contextualizá-la no momento de ajuste das políticas neoliberais no Brasil, com o desmonte do Sistema Único de Saúde e a precarização do trabalho em saúde inserido dentro deste sistema, propondo-se apreender a concepção do conceito humanização contido na PNH, problematizando-a e regastando um debate histórico-crítico da humanização, para que fosse possível desvendar as problemáticas da desumanização na contemporaneidade, principalmente no que diz respeito aos novos modelos de gestão no SUS e a precarização do trabalho e do trabalhador da saúde.

A complexidade da luta pela construção de uma política pública que traduz os anseios de um “reencantamento do concreto”, segundo seus formuladores, se choca com os interesses do grande capital e sua reestruturação produtiva num momento de crise estrutural sistêmica. Na realidade, a defesa da Política de Humanização da Saúde, seguindo os princípios do SUS, carece de uma teorização crítica do movimento social, do desenrolar da luta de classes.

A PNH volta sua atenção e direciona suas práticas para os indivíduos, gestores, trabalhadores e usuários, mesmo quando salvaguarda a necessidade do trabalho multiprofissional, da transversalidade, esta apenas será alcançada por ações individuais, guiadas pelo poder da palavra, do diálogo. Assim, a humanização pretendida pela referida política não cumpre seu papel humanizador, no momento em que não compreende o acirramento da precarização do trabalho, visto que o trabalho em saúde deve ser entendido como “parte de uma totalidade, que é histórica e socialmente determinada” (PIRES, 2008, p. 233).

A entrada das idéias neoliberais no país coincide com o período marcado pela mobilização civil e abertura democrática, um momento de efervescência social e que, por isso, tais ideais tiveram que se conformar de maneira bastante específica, condizente com a realidade brasileira. Dessa maneira, notam-se, no Brasil, algumas conquistas sociais de suma importância, com a construção da seguridade social, incluindo avanços para a saúde pública, a previdência social e a assistência social.

O Sistema Único de Saúde foi se construindo nessa contradição, de um lado a defesa de um sistema de saúde financiado pelo Estado, garantindo acesso

universal, equânime e integral para a população, com participação via controle social e, de outro lado, a disputa pelo progressivo aumento da participação do setor privado. Portanto, questionar a desumanização na área da saúde, sem pautar os sucessivos ataques que o SUS vem sofrendo, com seu desfinanciamento progressivo, via privatização por dentro do próprio sistema, ao que parece, não pretende, de fato, solucionar os problemas enfrentados pelos profissionais da saúde, gestores e usuários do SUS.

Como pôde ser visto, o êxito das lutas institucionais “consagradas na Constituição Federal de 1988, contemplando o ideário da Reforma Sanitária, não conseguiu quebrar a lógica de articulação entre capital privado e a base de financiamento do sistema de proteção social” (COHN, 2002, p. 234), em que se manteve a lógica de financiamento anterior, num “sistema de seguridade social fraturado”, baseado no salário e no trabalho formal.

Durante a década de 1990 houve uma maior abertura para as políticas de ajustes neoliberais no Brasil, iniciando-se no Governo de Fernando Collor, porém é no Governo Fernando Henrique Cardoso que se intensifica a implementação dessas políticas, com marcantes processos de privatizações de empresas públicas e de contrarreforma do Estado brasileiro. A contrarreforma estatal ocorre mediada pelos direcionados dos organismos multilaterais, como Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, e se expressa de maneira mais contundente no Plano Diretor de Reforma do Estado, elaborado pelo então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Bresser Pereira.

A contrarreforma do Estado brasileiro tem por base a redução da ação estatal na construção direta das políticas sociais, como a saúde, com pretensão, a grosso modo, de transferir para o setor privado a responsabilidade de execução das atividades que até então eram exclusivas do Estado e, assim, ampliar a inserção da iniciativa privada nos serviços públicos, aumentando a possibilidade de lucratividade. Quadro este, que se desenrola pelo processo de crise do sistema capitalista, com a queda da taxa de lucro.

A crise estrutural do capital (MÉSZAROS, 2002) é sentida no cotidiano, na correria e cansaço do dia-a-dia, no aumento da exploração dos trabalhadores, aumento do número de desempregados, nas crises dos países europeus, como é o caso da Espanha, Itália e Grécia, sintomas esses de uma crise que extrapola as barreiras do cotidiano. Tal crise é reflexo da lógica de acúmulo do capital, em que a

riqueza está concentrada nas mãos de uma minoria, enquanto para a maior parte da humanidade é negado o acesso às riquezas socialmente produzidas.

Portanto, a desumanização se faz num processo de negação da satisfação das necessidades humanas, seguindo uma lógica de opressão, monopólio, acúmulo da riqueza nas mãos da burguesia, ou seja, “é a expansão do capital como um fim em si, servindo à preservação de um sistema que não poderia sobreviver sem constantemente afirmar seu poder como um modo de reprodução ampliado” (MÉSZÁROS, 2002, p. 45).

Dessa forma, a presente dissertação cumpriu o papel de refletir e conceituar a categoria “humanização” não como uma categoria estática, mas que está sempre em movimento, assumindo a defesa crítica da história. A humanização aqui entendida se refere ao processo da construção social do homem e da ação social dos seres humanos, através do trabalho. Um trabalho que só pode ser compreendido pela relação dialética intrínseca com a natureza.

Ao apontar a necessidade de humanizar as relações sociais na política de saúde brasileira, a PNH acende a necessidade de se repensar as práticas de saúde, com enfoque para a mudança da gestão, porém as propostas de transformação trazidas no interior da Política Nacional de Humanização são, na prática, propostas vazias, pois “não basta reconhecer as difíceis condições de trabalho; é preciso, antes de tudo, entender as causas que levam a essa dinâmica” (MORAES, 2010, p. 12), isto é, a PNH não alcança a raiz da problemática da desumanização das relações humanas, por conseguinte, não há possibilidade de sua superação e transformação.

A desumanização sobreexcede a área da saúde, diz respeito a brutal separação do homem dos meios de produção, da apropriação privada de seus produtos, aliena o homem do trabalho, bloqueia o reconhecimento dos homens entre si, como iguais, pertencentes a um gênero socialmente construídos por eles mesmos. O estranhamento exarceba o individualismo, põe a individualidade, garante a exploração do homem pelo homem e reduz sua atividade, o trabalho, e a si próprio a status de mercadoria.

O trabalho que deu ao homem a possibilidade de se desprender do jugo único da natureza, através de um processo contínuo de construção e desconstrução, no qual pôde se produzir enquanto sujeito social, a partir do momento que impede o desabrochar das potencialidades humanas, vira-se contra o homem, o trabalho

deixa de ser prazeroso, de satisfazer suas necessidades espirituais. O trabalho subjugado ao capital é um trabalho desumanizador. Assim, somente à medida que os “indivíduos puderem retornar a si o controle consciente das transformações das circunstâncias e de si mesmos, estarão a caminho da necessária prática revolucionária, condição essencial na superação da alienação” (MARTINS, 2004, p. 85).

A política de humanização tem suas bases nesse momento de acirramento da questão social, em que tanto os profissionais da saúde, os gestores e os usuários do SUS presenciam, mesmo que de forma inconsciente, as transformações no mundo do trabalho, aliás, não só presenciam, como também sentem diretamente os seus reflexos, seja com a flexibilização e terceirização das atividades, no sucateamento das estruturas, do subfinanciamento, ou mesmo das filas intermináveis.

Dessa maneira, pautar a desumanização é fundamental, dado que esta deve ser assinalada como a “ofensiva do capital sobre o trabalho e, por isso mesmo, significa uma regressão social quase inimaginável há trinta anos” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 247). O atual estágio do sistema capitalista “exarceba todas as contradições do modo de produção capitalista” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 247), pois houve um aumento da distância entre pobres e ricos, com um acentuado número de subempregados e trabalhadores precarizados.

A discussão apresentada nos capítulos que se seguiram evidencia um período de aprofundamento da crise presente nas relações sociais, reflexo da crise estrutural do capital na contemporaneidade e, dessa maneira, pode-se concluir que há a necessidade de se voltar à ontologia marxiana, na perspectiva da compreensão do processo de humanização. E, destarte, no contexto de crise, ter a percepção que o discurso dito humanizador trazido pela Política Nacional de Humanização não passa de uma tentativa de reforma do capital, com a ressalva de que esta defesa apareça de maneira ingênua para uns e, para outros, como tentativa de manutenção da ordem social vigente.

Na perspectiva dos que defendem, de forma vigorosa, a manutenção do sistema capitalista, em momentos de crise deve-se procurar alternativas para que se possa amenizar seus efeitos, de maneira bastante superficial, alternativas para que acreditemos que apenas com a mudança de postura do indivíduo se pode conseguir mudanças na forma de como o homem vem reproduzindo sua vida.

Ora, essa tentativa de “dar” o mínimo a maior parte a humanidade não ocorre sem propósito, ao contrário, vem reafirmar a lógica devastadora e desumana do capitalismo, que aliena o homem de sua atividade vital, o trabalho, e que, por isso, não se reconhece enquanto pertencendo ao gênero humano. Por conseguinte, o trabalho para o homem é trabalho forçado e não por gosto.

Então, a Política Nacional de humanização da saúde parte de uma discussão rasteira e superficial da sociedade, sem um aprofundamento teórico crítico, sendo, dessa forma, incapaz de atender aos interesses por ela propagados. A real possibilidade de transformação da forma de reprodutibilidade da vida humana somente ocorrerá através de uma revolução na estrutura que rege o mundo de hoje, o mundo do capital. Apenas assim, os seres humanos terão a possibilidade de afloramento de suas potencialidades adormecidas, de reconhecer no outro homem seu semelhante. Por fim, o direcionamento dessa discussão que deve ser o da emancipação humana e não o estímulo ao individualismo, o que implica outra maneira de se refletir, formular e debater o que de fato seja a humanização no setor saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M. M. **Serviço Social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2011.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **Orçamento Geral da União** – executado em 2011. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.org.br/orcamento-geral-da-uniao-2011/>> Acesso em: 01 de abril de 2016.

_____. **Orçamento Geral da União** – executado em 2012, 2013 e 2014. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.org.br/e-por-direitos-auditoria-da-divida-ja-confira-o-grafico-do-orcamento-de-2012/>> Acesso em: 01 de abril de 2016.

ALVES, E. **Questões preliminares sobre o impacto do neoliberalismo no mundo do trabalho**. Disponível em: <<http://www.Insrolux.org/textos/estadoservicospublicoll.htm>> Acesso em: 02 de fevereiro de 2016.

ALVES, G. **O Novo (e precário) Mundo do Trabalho**: reestruturação produtiva e crises do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2000.

ANTUNES, Ricardo. Trabalho e Precarização Numa Ordem Neoliberal. In: GENTILLI, P.; FRIGOTTO, G. (Org.). **A cidadania negada**: políticas de exclusão na educação e no trabalho. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.

_____. **Adeus ao Trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. A Corrosão do Trabalho e a Precarização Estrutural. In: LOURENÇO, E. A. S. NAVARRO, V. L. (Org.). **O Averso do Trabalho III**: saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo, Outras Palavras, 2013.

BAHIA, L. A privatização do sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão Pública e a relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011.

BANCO MUNDIAL. **Salud**: documento de política sectorial. Washington. D. C., 1975.

_____. **Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento**: uma agenda para a reforma. Washington D.C., 1987.

_____. **Brasil**: novo desafio à saúde do adulto. Washington, D.C., 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países)

_____. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993**: investindo em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

_____. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil**: uma agenda para os anos 90. Washington, D.C., 1995.

_____. **Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro**: fortalecendo a qualidade do investimento público e da gestão de recursos. Washington, D.C., 2007.

BARALDI, S.; CAR, M. R. **Flexibilização e desregulamentação laboral dos trabalhadores da área da enfermagem no Brasil**: o caso PROFAE. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_06.pdf> Acesso em: 12 de janeiro de 2016.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.17, 2005.

BENSAID, D. **Trabalho forçado ou por gosto**. Disponível em: <http://www.ocomuneiro.com/nr05_03_DanielBensaidTrabalhoforçadoeporgosto.html>. Acesso em: 3 de agosto de 2011.

BEHRING, E. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2010.

BIANCHI, A.; BRAGA, R. **Hegemonia e Crise: noções básicas para entender a situação brasileira**. Disponível em: <<http://blogconvergencia.org/?p=3749&print=pdf>> Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no período 1999 a 2004: quem paga a conta? In: MOTA, et. al. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS; ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CEAD: Ed. UNB, 2009.

BRAGA, R. Infotaylorismo: o trabalho do teleoperador e a degradação da relação de serviço. **Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación**, v. VIII, n. 1, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 05 de outubro de 1998. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso: 02 de maio de 2015.

_____. Ministério da saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004a. Disponível em:<<http://bvsmms>.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.> Acesso em: 18 de agosto de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso: 12 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**: material de apoio. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>> Acesso em: 24 de agosto de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/Publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf> Acesso: 20 de agosto de 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: 20 de agosto de 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, agosto de 2003b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Fundação Estatal**: metas, gestão profissional e direitos preservados. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0862_M.pdf> Acesso em: 10 de novembro de 2015c.

_____. **Lei 9.637**, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm> Acesso em: 24 de novembro de 2015.

_____. **Lei 9.790**, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id224.htm>> Acesso em: 04 de novembro de 2015.

_____. **Lei complementar n. 97**, de 29 de junho de 2007. Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/projetos/Plp/2007/msg499-071107.htm> Acesso em: 06 de novembro de 2015.

_____. **Lei 12.550**, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm> Acesso em: 10 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. **Importância do setor terciário**. Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br/sitio/interna/interna.php?area=4&menu=4485>> Acesso em: 02 de janeiro de 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2163>. Acesso em: 12 de janeiro de 2015.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org.). **Saúde na Atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

CARDOSO, R. O. O processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos hospitais universitários. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.). **Cadernos de Saúde**: a saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

CASTELO, R. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. **Serviço Social e Sociedade**, n. 112, out./dez. 2012.

CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, v. 5, n.1, jan./jun. 2013.

CHASIN, J. Marx: Estatuto Ontológico e Resolução Metodológica in: TEXEIRA, F. (Org.) **Pensando com Marx**. São Paulo: Ed. Ensaio, 1995.

CISLAGHI, J. F. et. al. **O Financiamento do SUS**: Principais Dilemas. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>> Acesso em: 29 de agosto de 2015.

CISLAGHI, J. F. Hospitais Universitários e os novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Cadernos de Saúde**: saúde na atualidade. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

COHN, Amélia. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/20>> Acesso em: 28 de outubro de 2015.

CORREIA, M. V. C. A influência do Banco Mundial na orientação da política de saúde brasileira. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas.** São Luís, MA, 28 a 30 de agosto de 2007.

_____. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da Política de Saúde brasileira:** mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Recife, 2005. 345 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: BRAVO, M. I. S. et. al. (Orgs.). **Cadernos de Saúde: A mercantilização da saúde em debate.** Rio de Janeiro: UERJ, 2015.

COSTA, F. Trabalho, Reprodução Social e Educação a partir da ontologia do ser social. **Revista Trabalho Necessário.** ano 7, n. 9, 2009a.

_____. A Natureza Ontológica do Pensamento de Marx. **Revista Eletrônica Arma da Crítica.** ano 1, n. 1, jan., 2009b.

COSTA, M. H. M. **As categorias LEBENSÄUSSERUNG, ENTÄUSSERUNG, ENTFREMDUNG E VERÄUSSERUNG nos manuscritos econômico-filosóficos de Karl Marx de 1844.** Disponível em: <http://www.verinotio.org/di/di3_categorias.pdf> Acesso em: 7 de outubro de 2014.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** v.9, n.17, mar/ago, 2005.

DRUCK, M. G. **Terceirização: desfazendo a fábrica.** São Paulo: Boitempo, 2001.

DIAS, M. **Feminização do trabalho no contexto da reestruturação produtiva: rebatimentos na saúde pública.** São Luís: EDUFMA, 2010.

DUMÉNIL, G; LÉVY, D. Neoliberalismo – Neo-Imperialismo. **Revista Economia e Sociedade, Campinas,** v. 16, n.1, abr, 2007.

_____. O imperialismo na era neoliberal. **Crítica Marxista,** v.1, n.18, 2004.

DURÃES, J. S.; SOUSA, W. **A Política Nacional de Humanização do SUS e os cuidados com o cuidador.** II Encontro de Bioética do Paraná. Curitiba, PR, 22 a 25 de outubro de 2011.

EBSERH. **Perguntas de Respostas.** 2013. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/112470/Cartilha+perguntas+e+respostas/efbb1c02-7546-4845-8998-655029382c90?version=1.0>> Acesso em: 15 de novembro de 2015.

ENGELS, F. **O papel do trabalho na transformação do macaco em homem.** Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1876/mes/macaco.htm>>. Acesso em: 9 de outubro de 2015.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**, v. 16, n. 1, 2011.

FIGUEIRAS, L. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In: CLACSO (Org.). **Neoliberalismo y sectores dominantes: tendencias globales y experiencias nacionales.** Buenos Aires. agosto, 2006. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Figueiras.pdf>> Acesso em: 15 de julho de 2015.

FILHO, S. B. S. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde:** aspectos conceituais e metodológicos. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/18.pdf>>. Acesso em: 9 de outubro de 2014.

FILHO, B. S. B. et al. A Política Nacional de Humanização como Política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação.** v.13, 2009.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade.** v.13, n.3, set/dez, 2004.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE (Org.). **Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil:** relatório analítico de prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário por parte das Organizações Sociais (OSs). 2011. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVOE9WUDAtYXlubnc/view>> Acesso em: 21 de janeiro de 2016a.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE (Org.). **Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.** Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVYziXbC1UaGFYYIE/edit>> Acesso em: 23 de janeiro de 2016b.

FURTADO, T. T. G. **“HUMANIZASUS”:** Uma Avaliação Política da Política. São Luís, 2011. 138 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2011.

GASTALDO, D. Comentário sobre “Humanização na saúde: um novo modismo?”. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** v. 9, n.17, 2005.

GEMER, C. O capital de Marx como expressão de um método inovador. **Revista de Economia.** v. 34, n. especial, 2008.

GEORGE, S.; SABELLI, F. **La religion del crédito:** el Banco Mundial y su império secular. Disponível em: <<https://permaculturarioja.files.wordpress.com>>

/2014/07/la-religic3b3n-del-crc3a9dito.pdf> Acesso em: 12 de agosto de 2015.

GOMES, R. M.; SCHRAIBER, L. B. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.37, abr./jun. 2011.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Cadernos de Saúde: saúde na atualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

HARVEY, David. **O Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: A humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.13, n.1, 2009.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista Saúde Pública**. v. 3, n.42, 2008.

HIRATA, H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França e Japão. **Caderno CRH**, v. 24, n. 01, 2011.

HUUFMA. **Humanização**. Disponível em:<http://www.huufma.br/site/estaticas/mostra_estat.php?id=7#V0hgaOQYPD8> Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.

JUNQUEIRA, T. L. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, mai, 2010.

KON, A. Reestruturação Produtiva e Terceirização no Brasil. **Revista Nova Economia**, v. 7, n. 1, 1997.

KOSTER, I. **A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, 2008. 208 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

LABRA, M. L. Política e Saúde no Brasil e no Chile. Contribuições para uma comparação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6 n. 02, 2001.

LAURELL, A. C. Dos décadas de reformas de salud. Uma evaluación crítica. **VII Congreso Internacional de Salud Pública**. Medellín, Colômbia, 1 a 4 de junho de 2011.

_____. **La globalización y las políticas de la salud**. Disponível em: <www.alames.org/documentos/boletinredsacol.pdf> Acesso em: 20 de setembro de 2014.

LIPIETZ, M. **Miragens e Milagres**: problemas da industrialização no terceiro mundo. São Paulo: Nobel, 1988.

LIMA, J. C. F. **A Política Nacional de Saúde nos anos de 1999 e 2000**: Na contramão da história. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_9.pdf> Acesso em: 03 de agosto de 2015.

LIMA, J. B.; BRAVO, M. I. S. O percurso do financiamento das Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro. In: Bravo, M. I, S. et al (orgs.). **Cadernos de Saúde**: A mercantilização da saúde em debate. Rio de Janeiro, 2015.

LISBOA, V. **IBGE**: 17 estados contrataram organizações para área da saúde em 2013. EBC Agência Brasil. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2014/03/ibge-17-estados-contrataram-organizacoes-para-area-de-saude-em-2013>> Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

LOPES, A. J. T. Contribuições marxistas acerca da evolução biológica dos primatas como condição para o surgimento do ser social: primeiras aproximações. **V Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo**. Florianópolis, SC, de 03 a 06 de junho de 2011.

LUKÁCS. G. **As bases Ontológicas do Pensamento e da Atividade do Homem**. Disponível em: <<http://moviments.net/espaimarx/docs/818f4654ed39a1c147d1e51a00ffb4cb.pdf>> Acesso em: 6 de outubro de 2011.

_____. Para uma ontologia do ser social. São Paulo: BOITEMPO, 2012.

MANDEL, E.; SALAMA, P.; VALIER, J. **Introdução à Teoria Econômica Marxista**. São Paulo: Sundermann, 2006.

MARQUES, R. S.; MENDES, A. Os Dilemas do Financiamento do SUS no Interior da Seguridade Social. **Economia e Sociedade, Campinas**. v.14, n.1, jan./jun. 2005.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. 2ª ed., São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARCH, C. **A contrarreforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos**. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/925/935>> Acesso: 25 de março de 2016.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. São Paulo: BOITEMPO, 2004.

_____. **Prefácio à Contribuição para a Crítica da Economia Política**. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/tme_15.pdf. Acesso em: 21 de julho de 2014.

_____. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **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. São Paulo: BOITEMPO, 2007.

MENDES, A. **A saúde pública universal brasileira na crise contemporânea do capitalismo**. Disponível em: < http://www.ifch.unicamp.br/formulario_cemarx/selecao/2015/trabalhos2015/Aquilas%20Mendes%209832.pdf> Acesso em: 13 de outubro de 2015.

_____. Manifesto do Partido Comunista. São Paulo: BOITEMPO, 2010.

MESZÁROS, I. A crise estrutural do capital. **Revista Outubro**, n. 04, ago/set, 2002.

_____. **A teoria da alienação em Marx**. São Paulo: BOITEMPO, 2006a.

_____. **Para Além do Capital**: rumo a uma teoria da transição. Tradução Paulo César Castanheira e Sérgio Lessa – 1ª edição, São Paulo: BOITEMPO: 2006b.

MOURA, M. A. G. Seguridade Social no contexto Neoliberal Brasileiro. **Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira**. Ano VI, n 8, set, 2013.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. 2ª ed., São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARTINS, L. M. A natureza histórico-social da personalidade. **Caderno CEDES**, Campinas, v. 24, n. 62, p. 82-99, 2004.

MORAES, B. et al. A categoria trabalho em Marx e Engels: Uma análise introdutória de sua legalidade onto-histórica. **Revista Eletrônica Arma da Crítica**. Ano 2, n. 2, 36-47, março, 2010.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, R. P. Reforma do Estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In: SANTANA J. P.; CASTRO, J. L. (Org) . **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde**. Natal: EDUFRN, 1999.

OFFE, C. **Perspectivas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014.

PASSOS, E. (Org.). **Formação de apoiadores para Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**: atividades. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **HUMANIZAÇÃO**. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>> Acesso em: 20 de novembro de 2015.

PEREIRA, B. **A Reforma Gerencial do Estado de 1995**. Disponível em: <www.bresserpereira.org.br/Documents/.../PlanoDiretor/planodiretor.pdf> Acesso em: 14 de setembro de 2015.

_____. **A Reforma do Estado nos anos 90**: lógica e mecanismo de controle. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1998/A_reforma_do_Estado_dos_anos_90.pdf> Acesso em: 30 de março de 2016a.

_____. **Entre o Estado e o Mercado**: o público não-estatal. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/192477/mod_resource/content/1/84PublicoNaoEstataRefEst.p.pg.pdf> Acesso em: 30 de março de 2016b.

PINHO, M. **Ideologia, educação e emancipação Humana em Marx, Lukács e Mézszáros**. Disponível em: <<http://www.uff.br/iacr/ArtigosPDF/51T.pdf>> Acesso em: 03 de janeiro de 2015.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: AnnaBlume, 2008.

PRADO, Eleutério. Pós-Grande Indústria e Neoliberalismo. **Revista de Economia Política**, vol. 25, n. 1, jan-marc, 2005a.

_____. Uma Nova Fase do Capitalismo ou um Novo Modo de Produção Capitalista? **Revista Outubro**, n. 13, 2005b.

QUEIROZ, V. M.; EGRY, E.Y Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.1, jan./mar, 1988.

RANIERI, J. Da produção do chamado “jovem Marx”: algumas notas sobre os Manuscritos econômico-filosóficos. **Revista Outubro**. n.14, 2006.

REIS, A. O. A. et al. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**. Vol. 13, n.3, set/dez, 2004.

REZENDE, C. Modelos de gestão na saúde. In: BRAVO, M. I. S. et al (org.). **Cadernos de Saúde**: Política de saúde na atual conjuntura. Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

RIBEIRO, C. D. **Processo de Trabalho e Processo de valorização: Extração da mais-valia na mineração**. Congonhas, 2015, 220 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Congonhas, 2015.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde do Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Campinas: 2000. 267 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social & Sociedade**, n. 104, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n104/02.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

SAVIANE, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 34, jan/abr., 2007.

SILVA, M. O Macaco e o Trabalho. **Revista Urutágua**, n 14, 2008.

SILVA, G. S. Capital portador de juros e programas de transferência de renda: monetarização das políticas sociais e contrarreforma. **Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 2, jul./dez. 2009.

SILVA, I. G. **Democracia e Participação na 'Reforma' do Estado**. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, V. M. **As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle**. Rio de Janeiro: 2012. 99 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, L. S. Novos modelos de gestão da saúde pública no Brasil: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em debate. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís, MA, de 20 a 23 de agosto de 2013.

SOARES, M. **As políticas sociais e o Banco Mundial**. São Paulo: Ed. UNESP, 1998a.

_____. Banco Mundial: políticas e reformas. In: TOMMASI, L.; WARDE, M. J.; HADDAD, S. (Org.). **O Banco Mundial e as políticas educacionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998b.

SOARES, A. Empréstimos Externos para o Setor Saúde no Brasil: soluções ou problemas. **Revista Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.

SOBRINHO, J. P. S.; CHAGAS, E.; MORAES, B. O metabolismo de reprodução do capital e sua crise estrutural. **Revista Eletrônica Arma da Crítica**. Ano 2, n. 2, março, 2010.

SOUSA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização em saúde: alguns apontamentos para o debate. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v.12, n. 25, abril/jun, 2008.

TEIXEIRA, S. F. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. et al. (Org.). **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC – CEBES, 1988.

TONET, I. **Ética e capitalismo**. Disponível em: <http://ivotonet.xpg.uol.com.br/arquivos/ETICA_E_CAPITALISMO.pdf> Acesso em: 12 de outubro de 2015.

_____. **Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade.**
Disponível em: <<http://www.ivotonet.xpg.com.br.>> Acesso em 4 de agosto de 2011.

TUMOLO, P. S. **Trabalho, Alienação e Estranhamento:** visitando novamente os “manuscritos” de Marx. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt09/t0916.pdf.>> Acesso em: 4 de outubro de 2011.

VASAPOLLO, L. O Trabalho Atípico e a Precariedade: elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista. In: ANTUNES, R. (org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2006.

ZEFERINO, B. C. G. O estado moderno na relação entre capital e trabalho. **Revista Eletrônica Arma da Crítica.** Ano. 2, n. 2, março, 2010.