

A POLÍTICA DE SAÚDE NO CENÁRIO CONTEMPORÂNEO: O PODER NEFASTO DO CAPITAL MUNDIALIZADO EM SOLOS BRASILEIROS

Processo de produção de conhecimento que levou ao papel: debate ou discussão na teoria social

Grupo de Trabajo N°19.

Maria Clara de Oliveira Figueiredo

Resumo:

O presente artigo objetiva discutir as expressões do capitalismo contemporâneo para a política de saúde que nesse cenário é vista como mercadoria. Para tanto, é necessário compreender que o processo de trabalho e as práticas em saúde são fatores articulados ao modo de produção e reprodução do capital fazendo parte de um processo histórico, coletivo e organizado socialmente para atender demandas e as necessidades sociais em saúde da população. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Espera-se enriquecer o debate em torno da política de saúde envolvendo-a nas modificações empregadas pelo capital na fase atual do capitalismo e, portanto, visualizando os limites impostos pela lógica em vigência.

Palavras-chave: Capitalismo contemporâneo. Política de saúde. Mercadoria.

1. Introdução

É no o capitalismo na sua fase contemporânea que a política de saúde vem sofrendo sérios ataques, pois a mesma vem se configurando em mercadoria cada dia mais rentável para o capital. Embora já viesse respondendo historicamente aos interesses do capital em décadas passadas a tendência assistida é de um crescente ajustamento deste setor à lógica e a racionalidade e às necessidades de expansão dos serviços (MACHADO, 1992).

Assim, para realizarmos a tarefa de identificar como a política de saúde vem se desenvolvendo diante das formas atuais de movimentação do capital iremos em um primeiro momento nos reportar à algumas questões referentes as principais características da fase contemporânea do capitalismo presentes no processo de produção e reprodução da vida social. Em seguida, iremos compreender quais as os rebatimentos desse sistema para a política de saúde com ênfase no desenvolvimento da mesma em solos brasileiros.

2. O processo de mundialização do capital: questões para o debate

Antes de mais nada, devemos ponderar, em conformidade com Iamamoto (2008), que esse processo de mundialização sob controle do capital financeiro une processos comumente tratados separadamente oriundos da arena econômica, política, cultural e social, respectivamente: reestruturação produtiva, “reforma” do Estado, defesa de concepções pós-modernas e a redução da Questão Social¹ aos processos de exclusão e integração social e aos dilemas referentes a eficácia da gestão social.

¹ “base sócio-histórica da requisição social do Serviço Social” (IAMAMOTO, 1998, p.18)

Esse contexto de mundialização da economia nos remete ao bojo do momento em que o capitalismo, em sua fase monopolista, adentra na crise que se inicia nos anos 1970 e que permanece nos dias atuais. A partir daí, o sistema necessita encontrar alternativas para enfrentar as incertezas e instabilidades provocadas pelo esgotamento da onda longa expansiva.

Nesse sentido, um primeiro ponto a ser destacado é que entra em cena a chamada produção flexível que vem alterar o pacto fordista-keynesiano de pleno emprego e o modelo social democrata de políticas sociais. Essa flexibilidade foi difundida pelo modelo japonês, o toyotismo/ohnismo, fundado numa revolução tecnológica que leva a automação, a robótica e a microeletrônica para o universo fabril, não sem dramáticas conseqüências para a condição de vida e de trabalho do conjunto da sociedade.

As mudanças organizacionais oriundas do toyotismo, são traduzidas em valores e regras de gestão do trabalho vivo e perpassam os empreendimentos capitalistas, tanto na área da indústria quanto dos serviços, inclusive na administração pública (ALVES, 2000).

Verifica-se um novo regime de acumulação que tem como base o princípio da flexibilização do processo de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e dos padrões de consumo. Essa flexibilização é uma característica inerente à produção capitalista que sempre buscou flexibilizar as condições da produção, principalmente as da força de trabalho, tornando-a complacente e submissa, portanto, controlável. (SOUZA, 2010; ALVEZ, 2000)

A partir daí, profundas transformações ocorreram no mundo do trabalho, sobretudo a partir da década de 1980, sinalizando que a classe-que-vive-do-trabalho viveu – e ainda vive – uma crise aguda que atingiu a sua materialidade e a sua subjetividade (ANTUNES, 1995).

A força de trabalho vem sentindo as conseqüências dessas modificações de forma intensa que vem impondo limites na constituição de uma consciência de classe para si. Aponta-se para a constituição de um novo mundo do trabalho, caracterizado por: subcontratação, terceirização, desemprego estrutural, fragmentação de classe, debilitação do setor sindical e precarização do trabalho. Essas mudanças passaram a exigir uma nova postura do trabalhador, a qual se baseia na maior capacitação, visando a polivalência, criatividade e autonomia e sindicalismo de empresa (participação nos projetos empresariais).

Desse modo, vê-se clara e vitoriosa tentativa de diminuição dos custos do trabalho que se configura como uma poderosa arma para garantir/recuperar a rentabilidade do capital que trata de por em prática numerosas estratégias para garantir essa diminuição, inclusive quando recompõe, intensivamente, o exército industrial de reserva ou superpopulação relativa, posta em condições de pauperização relativa ou absoluta, tendo em vista causar um ambiente de insegurança (...) para os trabalhadores e forçar a diminuição de seus custos de reprodução (Mandel; Chesnais apud Behring, 2008).

Essas disparidades são aprofundadas diante da certa autonomia que as operações financeiras [com base na especulação] passam a ter uma em relação à esfera produtiva ganhando proporções tamanhas ao ponto de criar um espaço financeiro mundial, sob o domínio dos Estados Unidos, mediante a abertura externa e interna dos estados nacionais, submetidos a um endividamento cada vez mais crescente tendo nos juros a sua maior alavanca.

Nesse sentido, Behring (2003) aponta que é o neoliberalismo² que intensifica esse processo de mundialização do capital, portanto fazendo parte dele, ao promover um afastamento dos obstáculos à circulação do fluxo de mercadorias e dinheiro, por meio da contrarreforma do Estado.

A relação entre Estado e sociedade civil passa, portanto, por um processo de modificação. As noções básicas dessa “nova relação” são desenhadas a partir dos parâmetros estabelecidos pelos organismos internacionais tendo como marco o Consenso de Washington, em 1989, o qual recomenda uma ampla reforma do Estado (TEIXEIRA, 2010).

Assim, Iamamoto (1998) afirma que preconiza-se a redução do estado em um sentido único: incide sobre a prestação de serviços sociais públicos que materializam direitos sociais dos cidadãos e, em contrapartida, tem-se o alargamento da proteção do estado para os grandes oligopólios.

Essa reforma de base neoliberal em solos brasileiros ganha traços peculiares uma vez que “não há aqui um welfare state a destruir” (NETTO, 1995, p.104), mas por outro lado encontra um espaço favorável, mediante a tradicional eficácia da classe dominante brasileira em bloquear a esfera pública das ações sociais e da opinião privilegiando interesses particulares de grupos poderosos (CHAUÍ apud BEHRING, 2003).

Essa contrarreforma leva, portanto, à diminuição e divisão [com a sociedade civil] do seu papel perante as políticas sociais, sob a alegação neoliberal da existência de uma crise fiscal do Estado. Essa crise fiscal do Estado nada mais é do que uma disputa entre os recursos destinados à reprodução do capital e os fundos destinados à manutenção das políticas sociais (SALVADOR, 2010).

Sob a máxima de que “nem tudo que é público é estatal” o governo FHC propõe o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE) de 1995 partindo do princípio de que as funções do Estado deveria ser de coordenar e financiar as políticas públicas e, não necessariamente, executá-las (REZENDE, 2008). O PDRE é portanto a materialização da contrarreforma do Estado em solos brasileiros.

Nessa relação entre Estado e sociedade o que se percebe, nesse contexto, é a formação de novas formas de gestão social coerentes com a perspectiva de reforma do Estado³. Essas formas de gestão se realizam sob a lógica de favorecimento do mercado. Assim gesta-se a tendência de complementaridade e de mixagem das ações do estado, da sociedade civil e do mercado, fomentando as ações privadas da Seguridade Social (SILVA, 2004).

Assim o capitalismo vem manipulando os fundos públicos sem esfera pública, ou seja, sem regras pactuadas em fóruns democráticos com representação das diferentes forças sociais em disputa (OLIVEIRA, 1988).

Consolida-se a cultura de apropriação do público pelo privado (Martins, 1994). E o Estado adquire a forma híbrida que Sader (1996) chamou de mini-max, ou seja, mínimo para atender as necessidades do trabalho e do trabalhador, e máximo na realização dos objetivos de centralização e acumulação do capital.

Nessa perspectiva, Iamamoto (1998 e 2008) e Behring (2008) comungam da clareza de que o fundo público⁴ brasileiro vem sendo cada vez mais canalizado para os interesses privados, ou seja, para sustentação dos grandes capitais, por meio da dívida pública, alimentando o mercado financeiro; assim, constitui-se uma poderosa arma para a reprodução do sistema.

O direcionamento/alocação do fundo público brasileiro assumido pelos governos desde os anos 90 vem afirmando um processo cada vez mais persistente de crescente estagnação e perda de financiamento da Seguridade Social (BEHRING, 2008).

Em linhas gerais temos, concordando com Boschetti (2004), que diante do poder nefasto das políticas neoliberais e dos ajustes fiscais, que claramente priorizam o fator econômico em detrimento do social, uma Seguridade Social arruinada: é fragmentada, com ministérios e secretarias que disputam poder e recurso; fragilizada em seus mecanismos de participação controle e tem suas políticas de assistência, saúde e previdência desarticuladas.

No universo das políticas sociais temos claramente nas ações dos últimos governos, como resposta as exigências de adequação à lógica financeira, o abandono do princípio da igualdade de condições, apenas defendendo a igualdade de oportunidades; a renúncia ao potencial das políticas sociais de

³ Assim, entre 1998 e 1999 foram promulgadas leis voltadas para três modalidades de organizações: organizações sociais, organizações filantrópicas e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), o chamado terceiro setor.

⁴ O fundo público é constituído por mecanismos de captação, arrecadação, gestão e alocação e representa a parcela do excedente econômico apropriada pelo Estado na forma de contribuições e impostos e que retorna para a sociedade na forma de programas e serviços sociais (SADER, 2004).

reduzirem as desigualdades sociais, no sentido de que estão restritas à função de combate a pobreza, e conseqüentemente, abrindo espaço para o controle do mercado – de um lado com as privatizações e de outro com o sucateamento das políticas – e o esvaziamento de seu potencial universalizante e equânime, diante das insistentes tentativas – vale dizer: vitoriosas – de minimização e focalização das mesmas (BOSCHETTI, 2004).

Nesse sentido, a Questão Social, que tem nas políticas sociais a sua resposta, está sendo reduzida aos processos de “exclusão” e de integração social o que nos mostra que seu enfrentamento vem sendo funcional ao sistema, como sempre foi. A raiz do seu novo perfil encontra-se inscrita nas políticas governamentais favorecedoras da esfera financeira e do capital produtivo, mas não se trata de uma “nova questão social”, uma vez que está “elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – a exploração” (NETTO, 2011, p. 45)

Porém, para além de ser apenas expressões da pobreza, miséria e “exclusão” esse novo perfil leva à todas as esferas da vida social um caráter cada vez mais nefasto que nos revela uma verdadeira banalização da vida humana, a subordinação da sociabilidade humana às coisas, à descartabilidade e indiferença perante o outro, a radicalidade da alienação e invisibilidade do trabalho social e dos trabalhadores (IAMAMOTO, 2008).

O que se percebe diante de toda discussão aqui realizada, é que hoje a mundialização do capital e suas conseqüências econômicas, políticas, sociais e culturais determinam o modo como a política de saúde vem sendo desenvolvida, dando margens para pensarmos tal política no contexto de correlação de forças estabelecidas cotidianamente.

3. A política de saúde no Brasil: “no olho do furacão”

Para identificarmos como a política de saúde no atual contexto vem sendo obstaculizada pelo capitalismo contemporâneo é necessário analisar essa política enquanto mercadoria disposta para se obter lucro. Assim, o trabalho em saúde tem o seu valor primordial de atender as necessidades sociais deturpado pela lógica que o torna um dos mais valiosos investimentos para o capital. Não é a toa que a saúde é uma área de grande interesse dos grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos de âmbito nacional e internacional. De acordo com Souza (2010, p. 338),

a incorporação dessa lógica de lucratividade permite a adoção de condutas terapêuticas que atribuam um custo a determinadas doenças e, por conseguinte, também ao doente. A iniciativa privada, certamente, assume as patologias mais rentáveis associadas aos recursos terapêuticos mais lucrativos.

Para se ter uma noção do significado que é este setor enquanto mercado para o capital as estatísticas mostram que se consome com serviços de saúde em torno de US\$ 1,7 trilhão o que corresponde a 8% do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% nos países ‘em desenvolvimento’ a 12% do PIB nos países de alta renda (RIZZOTTO, 2000). Além disso, tanto em nível nacional quanto internacional o mercado de trabalho em saúde é bastante significativo e representa uma importante parcela da economia.

Registra-se, nessa perspectiva a presença da proposta desenvolvimentista na política de saúde que de acordo com Soares (2010) demarca a saúde não como um direito, mas também como um importante setor de investimento público/privado que, juntamente com a ampliação da precarização do sistema público, garante a expansão do mercado.

É válido ressaltar que essa desconstrução vem sendo legitimada pela base ideológica do capital na atualidade, o neoliberalismo. Esta ideologia também vem dissolvendo todo o acúmulo de conquistas na saúde garantidas constitucionalmente aos cidadãos.

As orientações econômicas para a saúde propostas tendo como força motriz a ideologia neoliberal são expostas e defendidas pelas agências internacionais e fazem parte das chamadas contrarreformas dos estados nacionais as quais preconizam a diminuição dos gastos sociais e conseqüentemente a focalização das políticas sociais. Uma das famosas agências encarregadas de apontarem para as devidas modificações na política de saúde dos estados nacionais é o Banco Mundial (BM)⁵.

No geral, as reformas neoliberais impregnaram o Estado de um ideário mais retraído no que tange ao seu papel de executar políticas sociais. Para a saúde a contrarreforma do Estado⁶ levou repercussões

por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas. O subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais (CFESS, 2009, p. 12)

Estimula-se através dessas requisições a construção de um SUS seletivo, focalizado e pobre e por outro lado a criação de uma rede privada de atendimento à saúde orientada para o consumo. O que verificamos é que os interesses em racionalizar os gastos e erguer o mercado como a principal oferta dos serviços de saúde se tornam prioritários em detrimento das reais necessidades de saúde e da concepção de integralidade uma vez que há uma fragmentação dos serviços preventivos e curativos.

Foi no governo de Fernando Henrique Cardoso - FHC que toda essa realidade começa a ganhar contornos e a condução privatista responsabiliza-se por modelar as práticas sanitárias conforme as regras do mercado e os interesses do capital.

A chegada ao governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010), gera uma expectativa de uma reação contra o então consagrado ideário neoliberal. Para a saúde vislumbrava-se sua afirmação enquanto direito, a partir da promessa de consolidação/cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

O que os brasileiros vêm vivenciando, está na contramão dessas expectativas. O que impera é a defesa do desmonte do SUS tanto no que se refere ao modelo de gestão democrático previsto quanto à própria percepção de saúde como um direito socialmente conquistado.

Inovações e continuidades são apontadas por Bravo (2004) no governo Lula e que demonstram que as contradições permanecem, embora camufladas por uma roupagem mais democrática em alguns momentos e em outros mais evidentes.

Como inovações, Bravo (2004 e 2006) cita, por exemplo: a defesa da concepção de Reforma Sanitária esquecida nos anos noventa; a escolha de profissionais adequados com os ideais do Projeto de Reforma Sanitária; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde com a criação das Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa – em defesa do controle social – e de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; a convocação e realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a

⁵ Para demonstrar os motivos que despertam o interesse dessa instância em intervir na saúde Rizzotto (2000) aponta para três justificativas importantes, que seriam: para contribuir para o avanço do liberalismo, ao realizar a crítica ao papel do estado na saúde, e nas políticas públicas em geral; a necessidade do BM difundir uma face humanitária frente ao agravamento das condições de vida da maioria da população e do aumento da pobreza e da desigualdade; por ser a área da saúde um importante mercado a ser explorado.

⁶ De acordo com Behring (2003), esse processo usualmente denominado de “reforma” do Estado, constitui-se na verdade em uma contra-reforma, tendo em vista que possui um conteúdo conservador e regressivo em relação aos direitos conquistados na Constituição de 1988.

escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Assim, com relação aos aspectos que refletem essa continuidade da política dos anos noventa a autora faz referência: a focalização, apresentando como exemplo a centralidade na ESF, que não foi revertido em estratégia de reorganização. Nesse sentido, a avaliação realizada por Paim (2005) acerca da AB nesse governo demonstra que houve, um compromisso do governo com a ampliação e o fortalecimento do PSF através do aumento do financiamento e aumento das equipes.

Porém, devemos compreender que o ponto central do governo para as políticas que caminham no sentido das orientações econômicas está não no aumento dos gastos sociais com saúde nem na ampliação de equipes, mas sim na proposta de focalização. Desse modo, permanece a lógica das políticas focais em detrimento da do direito e da Seguridade Social universalizada (SOARES, 2004).

Assim, o governo Lula herda dos anos noventa a ênfase na precarização, no desfinanciamento e na terceirização dos recursos humanos, fatores que mostram que a contrarreforma na saúde, assim como nas demais políticas, vem sendo estruturada e ampliada.

Nessa perspectiva, a mais cabal expressão da afirmação dessa contrarreforma no governo em foco, trata-se da regulamentação das Fundações Estatais de Direito Privado para a gestão das instituições públicas de saúde, dentre outras, mediante o projeto de lei 92/2007. Os formuladores desse projeto justificam a criação dessas fundações afirmando:

setores em que cumpre ao estado atuar de forma corrente com a livre iniciativa, exercendo atividades que, embora consideradas de relevância para o interesse público, não lhes sejam exclusivas, necessitando para isso, de maior autonomia e flexibilidade de gestão que favoreçam a eficácia e a eficiência da ação governamental (MPOG. 2007, p. 10)

Tende-se claramente à implementação da privatização no nível de gestão da saúde, no processo claro em que o estado passa a dividir obrigações com o mercado afim de abrir-lhe espaço para a realização do capital em lucro com o discurso de melhorar a eficácia, eficiência e conseqüente qualidade dos serviços ofertados.

Consta que uma das formas mais drásticas de desmonte da Seguridade Social é a via do orçamento. Nesse sentido, as fontes não obedecem ao princípio da diversidade que implica dizer que as contribuições sociais passam a incidir não somente sobre a folha de salários, mas também sobre o faturamento e o lucro o que tornaria o financiamento mais redistributivo e progressivo. Quem acaba pagando a conta da Seguridade Social é, majoritariamente, a contribuição dos empregadores e dos trabalhadores sobre a folha de salário, o que torna o financiamento regressivo, uma vez que não transfere renda do capital para o trabalho (BOSCHETI, 2009)

Boscheti (2009, p. 14) nos esclarece ainda que

Historicamente, a maior fatia de recurso do orçamento da seguridade social fica com previdência social (média de 60%), seguida pela política de saúde (média de 14%), e, finalmente, a política de assistência, com média de aproximadamente 6%. As análises históricas mostram o crescimento da participação percentual da assistência social e a redução da participação da saúde.

De um modo geral, estudiosos como Carvalho (2002) e Marques e Mendes (2007) apresentam tendências que apontam diante de reflexões sobre o orçamento da Seguridade Social, que contém a política de saúde, este é visivelmente determinado pela política econômica que vem sendo orientada pelo neoliberalismo. Por esse motivo, há um processo de desfinanciamento. A respeito do

desfinanciamento Mendes e Marques (2007 p. 18) afirmam que “o esforço em realizar um superávit primário superior ao acertado com o FMI implicou em constantes tentativas (vitoriosas ou não) de reduzir a disponibilidade de recursos para o orçamento da saúde pública”.

A progressiva redução do Fundo Nacional de Saúde (FNS) no orçamento da Seguridade Social é visível. Assim, embora se observa o aumento nominal dos recursos a média de destinação não vem acompanhando o crescimento do OSS prevalecendo a estagnação na destinação dos recursos para a saúde enquanto observa um crescimento para a assistência social, devido, sobretudo ao pagamento de programas focalizados e seletivos (MARTINIANO; DAVI; JUNIOR; BRANDÃO; SILVA (2009).

Ainda nesta perspectiva de desmonte da política de saúde como a mais cabal expressão dessa contrarreforma dos governos e em foco, do governo Lula, ainda podemos destacar a regulamentação das Fundações Estatais de Direito Privado para a gestão das instituições públicas de saúde, mediante o projeto de lei 92/2007. Os formuladores desse projeto justificam a criação dessas fundações afirmando:

Setores em que cumpre ao Estado atuar de forma corrente com a livre iniciativa, exercendo atividades que, embora consideradas de relevância para o interesse público, não lhes sejam exclusivas, necessitando para isso, de maior autonomia e flexibilidade de gestão que favoreçam a eficácia e a eficiência da ação governamental (MPOG. 2007, p. 10)

Tende-se claramente, à implementação da privatização no nível de gestão da saúde, num processo claro em que o Estado passa a dividir obrigações com o mercado, afim de abrir-lhe espaço para a realização do capital e do lucro.

Essa tendência à privatização da política de saúde alastra-se e chega aos estados e municípios brasileiros com discurso é de melhorar a eficácia, eficiência e, conseqüente, qualidade dos serviços ofertados.

Embora os movimentos sociais tenham reagido amplamente a essas proposições, sobretudo na 13ª Conferencia Nacional de Saúde, a proposta foi aprovada o que revela-nos a ação do governo no sentido de banalizar os mecanismos de participação social na saúde (conferencias e conselhos).

Como parte de toda uma lógica empregada pelo grande capital de fragilização das lutas sociais juntamente com as proposições da contrarreforma do Estado, o movimento sanitário que se iniciou na década de 1980, já não é mais o mesmo. Está recuado e as resistências em sua defesa são incipientes.

A dificuldade em dar corpo a gestão participativa de modo a ampliar o poder dos usuários nos serviços de saúde ou em qualquer instituição pública provém da própria cultura política presente na história do Brasil, que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo sempre o predomínio da burocracia e ênfase em práticas de cooptação da população ao populismo e ao clientelismo (BRAVO; SOUZA, 2002).

Sem dúvidas, as continuidades e os retrocessos parecem ter exercido uma pressão maior nas práticas em saúde nesse contexto, embora a sociedade tenha, em muitos momentos, se manifestado e obtido êxito – sobretudo quando impulsionara a criação do SUS – pois as supostas inovações acabam por perderem-se no nível do discurso, uma vez que a prática demonstra claramente que os interesses giram em torno da política macroeconômica de cunho anti-democrático.

Decerto, os desafios de consolidar os princípios da Reforma Sanitária, materializados nas leis que institucionalizaram do SUS permanecem no atual contexto, uma vez que ataques constantes são efetuados contra a universalização, a integralidade a intersectorialidade, ao controle social e participação popular e são promovidas ações que cada vez mais caminham para a defesa do desmonte do SUS; da precarização do trabalho; da seletividade, desfinanciamento e focalização da política de saúde. Em resumo, a disputa entre o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária é mantida no atual governo.

4. Conclusão

Considera-se aqui que toda a lógica presente na condução da política de saúde no século XXI vem montando o palco onde atuam as propostas de ação em saúde as quais não estão imunes a determinações oriundas deste cenário que muitas vezes limitam-nas, pois rebatem nos seus princípios gerais norteadores e nas formas de objetivá-las cotidianamente.

Seguramente, muitos avanços podem ser registrados na história da política de saúde no Brasil e são resultado de mobilizações coletivas que precisam ganhar fôlego e resistir aos constantes ataques que cercam a política de saúde no atual contexto. É necessário vislumbrar estratégias e possibilidades de reversão desse quadro de severos ataques a política em foco.

5. Referências

ALVES, G. Desemprego estrutural e trabalho precário na era da globalização. 2000.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.

BRAVO, M.I. Serviço Social e saúde: desafios atuais. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios (13). São Luís: ABEPSS, Janeiro.- Junho / 2007.

BRAVO, M.I. Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário *Pedro Ernesto* (4). Rio de Janeiro: UERJ /HUPE, 1999.

BRAVO, M.I; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Organizadoras) Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. In: Revista INSCRITA n.9. Brasília: CFESS, 2004.

BRAVO. & Menezes, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula: Algumas Reflexões. In: Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho. Organizadores, Maria Inês Souza Bravo [et al.]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

BRAVO. “Superando Desafios - O Serviço Social na Saúde na década de 90”. In: Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do HUPE (3). Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

BRAVO. A Política de Saúde no Brasil. In: Mota et.al.(Orgs.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BEHRING, Elaine R. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine R.; SANTOS, Silvana Mara de Moraes & MIOTO, Regina C. Tamasso Política Social no capitalismo: Tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade Social e Projeto Ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania?* Revista Serviço Social e Sociedade, n. 79, São Paulo – SP: Cortez, 2004.

CORTES SMV. *Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde.* Sociologias 2002; (7):18-48.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.* 7. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda V. *O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional.* São Paulo: Cortez, 1998. (cap. 1).

IAMAMOTO Marilda Vilela. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.* 2ªed. São Paulo: Cortez, 2008.

JAMENSON, Frederic. *Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio.* São Paulo: Ática, 1996.

MARTINS, José de Souza. *O Poder do Atraso: ensaios de sociologia da história lenta.* São Paulo: Hucitec, 1994.

MARTINIANO, C.; DAVI, J.; JUNIOR, G.M.; BRANDÃO, I.C.A.; SILVA, A.L.M.A. *A luta pela vinculação de recursos para a saúde pública no Brasil a partir do paradigma da universalização.* In: MARTINIANO C. DAVI, J.; PATRIOTA, L.M. (Organizadoras).

Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios. Campina Grande EDUEPB, 2009.

MARQUES, R.M. MENDES, Á. *Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar.* Saúde e Sociedade. São Paulo, v.16, n.3, p.35-51, 2007.

MESZAROS. *O século XXI: socialismo ou barbárie?* São Paulo: Boitempo editorial, 2003.

MACHADO, M. H. et al. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura.* Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

NETTO, J.P., & Braz, M. *Economia Política: uma introdução crítica.* (Biblioteca Básica). São Paulo. Cortez, 2007.

OLIVEIRA, Francisco de. *O Surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público.* Novos Estudos Cebrap. São Paulo: Cebrap, out. de 1988, n. 22. p. 8-28.

PAIM, J.S. *A investigação em sistemas e serviços de Saúde.* In: PAIM, J.S. *Saúde política e reforma sanitária.* Salvador: CEPS/ISC, 2002. p.435-44.

RAICHELIS, Raquel. *Democratizar a gestão das Políticas Sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil.* In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Cortez, 2006.

REZENDE, C.A.P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al.(Orgs.). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

SADER, Emir. Estado e Hegemonia. In: Sader, Emir *et al.* O Brasil do Real. Rio de Janeiro: UERJ, 1996. p. 11-21.

SILVA, Ademir Alves da. A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado. São Paulo: Cortez, 2006. (Capítulo 3 e 4 – p. 89 - 185).

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e seguridade social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010. (Capítulos I e II – páginas 53-171).

WOOD, Ellen Meiksins. Sociedade Civil e Política de Identidade. In: _____. Democracia contra capitalismo: renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 2003. (p. 205-225).