

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

DAIANE ROCHA

**ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E NA VENEZUELA:
ENTRE A PRIVATIZAÇÃO E A UNIVERSALIZAÇÃO.**

FLORIANÓPOLIS

2012/1

DAIANE ROCHA

**ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E NA VENEZUELA:
ENTRE A PRIVATIZAÇÃO E A UNIVERSALIZAÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC
apresentado ao Departamento de Serviço
Social, da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social.

Orientadora: Prof^a. Me. Dilceane Carraro.

FLORIANÓPOLIS
2012/1

DAIANE ROCHA

**ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E NA VENEZUELA:
ENTRE A PRIVATIZAÇÃO E A UNIVERSALIZAÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Departamento de Serviço Social, Centro Socio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA



Profª. Me. Dilceane Carraro

Departamento de Serviço Social – UFSC

Orientadora

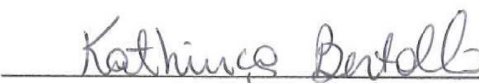


Profª. Doutoranda Mirella Farias Rocha

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Membro do Instituto de Estudos Latino-Americano - IELA

1º Examinadora



Profª. Me. Kathiúça Bertollo

Departamento de Serviço Social – UFSC

2º Examinadora

Florianópolis, 09 de março de 2012.

Aurora Estudantil

Só os peixes mortos que seguem a correnteza

Aurora Estudantil, chapa 2, escute e veja.

Traz a poesia, a arte e a cultura

Preocupados com o curso e com toda nossa luta

Das massas populares comprometidos com o CALISS

Estudantes representados trazendo novos ares

Participação empenho e pé no chão

O sol nasce pra todos, vam'bora, é a hora

23 de abril vote chapa 2 aurora

Mobilização estudantil é consciente

Direitos e deveres segue a mesma corrente

Liberdade e espaço para poder nos escutar

C.A sem hierarquia, é só organizar

Calouros, veteranos unidos num só contexto

Pro Serviço Social eis aqui um recomeço.

Eleições Centro Acadêmico de Serviço Social 2009

[Composição Julia Delgado]

Dedico este trabalho,

***Às pessoas que têm feito da luta democrática um sentido da sua vida.
Às pessoas que têm feito da sua vida um momento de luta pela igualdade social.***

***E em especial àquelas, que de alguma forma compartilharam momentos da minha vida a sua vida. Se fez presente, da forma mais singela, desde a mais simples a mais complexa.
Obrigada.***

***“(...)Pois vejo vir vindo no vento o cheiro de nova estação... Eu sei de tudo na ferida viva do meu coração...”
(Elis Regina)***

ROCHA, Daiane. **ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E NA VENEZUELA: ENTRE A PRIVATIZAÇÃO E A UNIVERSALIZAÇÃO**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio-Econômico. Departamento de Serviço Social. Curso de Graduação em Serviço Social. 2012/1.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso pretende compreender o processo de privatização na política social como orientação às economias dependentes latino-americanas alinhadas ao neoliberalismo, bem como a inserção da iniciativa privada na construção das Políticas Públicas de Saúde, através de estudo bibliográfico de fontes primária e secundária sobre dois países latino-americanos: Brasil e Venezuela, cujo processo histórico-popular possui suas peculiaridades, mas também características em comuns. As conjunturas de ambos os países, nos trazem subsídios para compreensão da realidade sul-americana. Elementos tais como, o avanço do neoliberalismo sobre o continente, que no Brasil se expressa na inserção da iniciativa privada na gestão e operação de políticas públicas, desmantelando os direitos sociais e inibindo o controle social. Em contra posição, observamos a experiências de libertação e participação popular na construção das políticas públicas na Venezuela, onde, por meio do processo de construção sócio-histórica evidência - se o protagonismo popular na efetivação dos direitos sociais, consolidação da política pública de saúde e rejeição das orientações neoliberais naquele país.

Palavras-Chave: Política Pública de Saúde, Brasil, Venezuela, Privatização e Protagonismo Popular.

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 AS TRANSFORMAÇÕES ECONOMICAS E POLÍTICAS DA AMÉRICA LATINA E A RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA.....	15
2.1 FORMAÇÕES ECONÔMICAS DO BRASIL E DA VENEZUELA EM FACE DAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	32
2.1.1 A formação brasileira.....	33
2.1.2 A formação Venezuelana.....	51
3 POLÍTICAS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA.....	65
3.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E NA VENEZUELA.....	71
3.1.1 Brasil: Política de Saúde.....	71
3.1.2 Venezuela: Política de Saúde.....	73
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A MISIÓN BARRIO ADENTRO.....	76
3.2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS).....	76
3.2.2 A Misión Barrio Adentro.....	79
4 OS PROCESSOS DE PRIVATIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E NA VENEZUELA.....	84
4.1 A redemocratização brasileira e os processos de privatização da saúde.....	84
4.2 O Processo democrático Bolivariano face ao sistema de saúde.....	106
4.3 ANÁLISES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL E DA VENEZUELA.....	110
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS.....	126

1 INTRODUÇÃO

Para construir este estudo, que vem a materializar o trabalho de conclusão de curso do Serviço Social partimos da análise de dois países latino-americanos: Brasil e a Venezuela. Estes poderão contribuir no processo, que visa compreender a inserção da iniciativa privada na construção da Política Pública de Saúde, na discussão a partir de uma perspectiva universalizante de acesso aos direitos sociais e acesso à cidadania como garantia do Estado.

O interesse pela Política Pública de Saúde foi construído no processo de vivência universitária, nos diversos ambientes de formação extraclasse, os quais consolidaram meu desenvolvimento, possibilitados pela universidade para apropriação do conhecimento que perpassam o universo acadêmico. Os debates em sala de aula tiveram importante papel na solidificação do processo de apropriação dos conteúdos do meu curso, porém, as saídas à campo me permitiram um contato qualificado com a realidade, onde é observada a luz dos conhecimentos teóricos, proporcionando uma nova perspectiva sobre a realidade social e econômica.

Foi primordial na escolha do objeto de estudo e na minha formação acadêmica a pesquisa realizada enquanto bolsista do Instituto de Estudos Latino - Americanos – IELA, o qual me possibilitou o primeiro contato com a realidade latino-americana, impulsionando estudos acerca do processo sócio-histórico do continente. E agora, realizo o trabalho de conclusão de curso, resultado dos estudos realizados nos últimos três anos, sobre a Política Social na América latina.

Considero também fundamental a participação no movimento estudantil, minha primeira aproximação com o movimento social. Além disso, foi através deste que muitas oportunidades se abriram e meu horizonte de atuação se expandiu até a área da saúde. Foi no movimento estudantil que cheguei à posição de representação discente, e através do Centro Acadêmico agreguei desde o início um esforço de rearticulação do movimento estudantil em saúde na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), através deste movimento, os centros acadêmicos da saúde se fortaleceram e se integraram. Esse processo me colocou em contato com estudantes de outras competências do campo da saúde, que compartilham sobre todo o horizonte de defesa do SUS, abordamos a necessidade do fortalecimento da integralidade e da interdisciplinaridade no SUS.

Já integrada a esse debate, participei como representante do (CA) nos encontros sobre a atuação do assistente social na área da saúde, integrei os trabalhos de discussão e implementação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) no curso de Serviço Social.

Nesse processo surge o interesse pela temática de discutir o Sistema Único de Saúde (SUS) e as *Misiones* venezuelanas, no qual a América Latina passa por um momento histórico. Dado a dependência econômica dos países periféricos, alinhados as orientações do neoliberalismo, as quais são impostas por organismos internacionais, como Banco mundial, Fundo Monetário Internacional etc., por meio de medidas privatizantes. Estas cada vez mais latentes, que excluem grande parte população do acesso aos bens e serviços, além de fomentar o retrocesso de muitos direitos já legitimados outrora, no processo sócio-histórico de luta social. Portanto, compreender a saúde pública como parte de um direito que deve ser oferecido majoritariamente pelo Estado, através de políticas públicas universais que garantem para além do mínimo de reprodução para o capital, mas que permitam as pessoas viverem de forma mais justa. Gozar do bem socialmente produzido pela classe social.

Essa discussão coloca ao serviço social, um papel fundamental, pois a gênese da profissão está vinculada à contradição da política social, que se expressa na questão social. Exige, então, que o profissional seja trabalhador qualificado para execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais, capaz de contribuir no esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada. Cabe ainda ressaltar que (DAL PRÀ, 2003, p.2);

[...] as ações do Serviço Social possuem ainda um caráter, que não é material, que se caracteriza como social, pois é um profissional que influencia o campo dos valores, dos comportamentos, da cultura, interferindo na realidade cotidiana dos sujeitos. O Serviço Social é uma profissão com ações comprometidas com os interesses da população trabalhadora nos seus mais diversos segmentos, preservando e fomentando os ganhos obtidos na constante busca de uma sociedade com menos desigualdades sociais [...]

Fazer uma análise e compreender as consequências da iniciativa privada na política pública de saúde implica em qualificar-se profissionalmente, mas também realizar uma atuação comprometida com os direitos sociais, conhecer a realidade latino-americana, através de estudos. Esses dois países permitem trazer elementos para contribuir com a defesa do sistema único de saúde com vistas ao processo histórico-popular venezuelano, o qual possui suas particularidades, mas ainda assim, possuem muitas características em comuns com a realidade brasileira, como o enfrentamento ao colonialismo das economias de centro entre outras.

Faz-se necessário para compreender o avanço do neoliberalismo sobre as economias latinas, que possuem algumas experiências de participação popular, na construção de suas políticas públicas como na Venezuela, ressaltar a importância do protagonismo social na efetivação dos direitos e da luta contra a classe dominante, e entender a dinâmica desse processo na América Latina, respeitando suas particularidades socioeconômicas e culturais.

Este trabalho pretende compreender o processo de privatização da política pública que se instauram nas economias dependentes latino-americanas alinhadas ao neoliberalismo. Além de analisar a participação popular nesse processo de construção e desconstrução da política pública de saúde. Onde elencamos a importância de discutir a universalização da política de saúde na atual conjuntura de privatizações e retrocessos de direitos, o qual se faz necessária, não somente para trazer a temática à tona e fomentar a participação popular, e o embate político que a mobilização popular ocasiona.

O ponto de partida para essa análise é as *missiones* na Venezuela, por fazer-se importante atualmente devido à dinâmica deste país. O bolivarianismo insurgente no governo de Hugo Chávez, incentivando e proporcionando a participação popular nos processos decisórios como foi a construção da constituinte venezuelana, das *missiones*, além, de financiar as políticas públicas com a estatização das empresas, sendo assim, um país de relevância na conjuntura latino-americana, pois constrói e propõe um novo paradigma, formato de sociedade, e de um governo conhecido como bolivarianismo latino-americano.

O estudo caracteriza-se por ser bibliográfico e documental, com análise de fontes primárias e secundárias. No tocante à Venezuela o material de pesquisa

restringe as fontes do governo, com a constituição bolivariana venezuelana e bibliografias diversas sobre a temática.

Considerando o Brasil, como loco de pesquisa e vivência as fontes bibliográficas e documentais foram de fácil acesso, e ampla abordagem. O que permitiu um desenvolvimento textual, e também uma leitura ampliada da realidade brasileira permeando as leis nº 8080/90, que regulamenta o sistema único de saúde, a lei nº 8142/90, que normatiza a participação da comunidade e o financiamento do SUS, a nº 9637/98, que dispõe sobre as Organizações Sociais, a lei nº 9790/99, que dispõe sobre As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPS, e o projeto lei nº 92/2007, que propõe uma Fundação Estatal de Direito Privado para assumir as atividades que não sejam exclusivas do Estado. O projeto neoliberal traz uma série de desmantelamento das políticas públicas, orientado pela política econômica que se altera com a mudança de governo, além das leis citadas existem outras que expressam a privatização do sistema público de saúde e será apresentada no decorrer do trabalho.

Neste processo de estudo propomos trazer elementos que nos façam compreender e analisar a lógica privatizante do modelo neoliberal para a América Latina por via da análise da Política Pública de Saúde, considerando esta política, uma das mais estruturadas politicamente e de maior abrangência na realidade brasileira, devido às fortes mobilizações na década de 1980 com a reforma sanitária em defesa e legalidade da saúde como um direito de todos e para todos, e do processo de redemocratização do Brasil, cujos processos, podem ser considerados um marco muito importante na realidade brasileira, mas também, no país venezuelano com a nova constituinte, também foi um marco para o modelo societário e para a política de saúde.

No entanto, essa discussão acerca da privatização da Política Pública de Saúde, perpassa pela compreensão da participação popular na construção da mesma, e do financiamento estatal. Mas também é importante ressaltar e fomentar a importância desse tema; o SUS e as *missiones* venezuelanas, numa conjuntura brasileira a qual o projeto neoliberal avança a passos largos, com inúmeras iniciativas de privatizações e retrocessos dos direitos conquistados outrora, pelos movimentos sociais.

Mas também, é necessário discutir a área da saúde no curso de Serviço Social, visto que a saúde é a construção do ser humano em relação com a natureza, englobando nesse íterim as relações sociais, e o modo de reprodução a qual estamos subordinados. Além disso, cabe destacar a inserção dos Assistentes Sociais para a efetivação e garantia da saúde, bem como trazer esse debate à tona, e fomentar a mobilização popular, na politização, incentivando uma maior participação popular e da própria categoria, nos embates políticos, mas também nos processos e espaços decisórios, discutindo as múltiplas facetas que a mobilização social pode construir e explicitar ao se materializar de forma orgânica, principalmente frente ao um projeto em disputa, onde a discussão da lógica privada é latente a todos os países periféricos desconstruindo a saúde, pois é incabível a existência de uma saúde paga, quando consideramos que saúde é produto da relação homem natureza.

Neste contexto, analisar as missões da Venezuela se faz importante atualmente devido à dinâmica deste país na construção do bolivarianismo no governo de Hugo Chávez. Onde o mesmo incentiva e proporciona a participação popular nos processos decisórios, além de colocar como primordial o financiamento das políticas públicas pelas empresas estatais, isso faz, com que a Venezuela seja como um exemplo para os demais países da América Latina. Demonstrando assim, sua relevância, pois propõe e constrói um novo paradigma, um novo formato de sociedade, e de um governo, conhecido como bolivarianismo latino-americano.

Apesar, de a Venezuela apontar com um novo projeto de sociedade via organização social, este exemplo lhe é restrito, pois os demais países, sul americanos seguem modelo de democracia representativa. Que não é opcional, mas sim, imposto para a América Latina, pelos organismos internacionais, através da dependência econômica ao centro, que controlam as políticas econômicas, sociais, culturais latino-americanas.

Na contemporaneidade o neoliberalismo, é cada vez mais homogêneo nas políticas governamentais, acentuando as privatizações do aparato e da gestão estatal, iniciando a fragmentação das classes sociais, super explorando a mão-de-obra das economias periféricas e criando grandes retrocessos de direitos outrora conquistados com as fortes mobilizações da reforma sanitária em defesa da equidade da saúde, da participação no controle social, e da universalidade,

juntamente com o processo de redemocratização do Brasil, ambos, foram e são processos muito importantes para os brasileiros.

Portanto, se faz necessário, não só trazer a temática à tona, mas fomentar a discussão e a mobilização social, na defesa desse direito universal e público, que garante melhorias nas condições de vida, mas também que deve garantir o acesso aos bens e serviços necessários, não só para reprodução humana, mas para as satisfações do ser humano em geral, contemplando o conceito ampliado de saúde, disputado ao longo do século XX, e garantido pelo aparato estatal, ora conquistado por embate político ora pela mobilização popular na conquista e construção da constituição federal de 1988 e da lei 8080 de 1990, ambas respectivamente asseguram a seguridade social e bens e serviços da área de saúde via luta social.

Para tanto, se faz necessário pensar a realidade deste continente a partir do pensamento crítico latino-americano, partindo da análise da própria realidade. Implantar os modelos e políticas européias e Estadunidense é mensurar que, ambas as realidades são iguais, porém cada qual passou por processos distintos, e ainda passa, sob a égide do modo de produção capitalista, que não permite que haja economias idênticas, esse modo supõe que para uma economia ser desenvolvida a outra será subdesenvolvida, relação explorado e explorador. Transplantar e imitar o modo de ser, pensar e produzir significa incorporar o pensamento eurocêntrico, considerá-los como exemplo a seguir, significa desconhecer a realidade a qual vive os latino-americanos e a suas particularidades.

Essa omissão do processo sócio-histórico da America Latina é decorrente do *eurocentrismo*, pela produção teórica e tecnológica colocando-se a frente da historicidade, *tratorando* as diversas culturas e impondo a periferia do sistema as sua cultura dominante, seu jeito de pensar e reproduzir o modo de viver, impedindo o desenvolvimento das novas economias, continuando com a relação colonial de séculos atrás. Portanto, deve-se elaborar, pensar teorias sociais acerca da nossa própria realidade, explicando-a e permitindo romper com a centralidade capitalista, romper com a dependência frente aos organismos internacionais para as periferias. Logo, pensar a nossa realidade, com as nossas teorias e pensadores latino-americanos, requer compreender a realidade a conjuntura e as particularidades desde continente, com as suas dinâmicas próprias, seu processo sócio-histórico de dependência ao capital estrangeiro.

Significa pensar a dependência pela teoria social marxista da dependência de Marini (2000) e como a América Latina ainda é subalterna a essas economias de centro pelos organismos internacionais, e porque não consegue romper com essa lógica de dominação estabelecida no período colonial por parte das economias desenvolvidas.

Para tanto, é necessário entender a teoria Marxista da Dependência, suas implicações no processo sócio-histórico, assim como, a participação a mobilização social é construção de seus direitos universais, na construção a democracia participativa, para além do controle social, ou na construção de políticas públicas. Tal processo configura-se em um novo modelo de sociedade que valoriza o ser humano e seu trabalho, que este não seja mera massa de manobra do capitalismo central sobre as periferias latino-americanas, é pensar a partir da realidade desde continente para ele mesmo, a fim de entender e resolver os problemas que lhe são apresentados.

Neste sentido, a pesquisar busca analisar e compreender a inserção do projeto neoliberal na Política Pública de Saúde, frente à mobilização social que teoricamente participa e constrói a política pública de saúde no Brasil e na Venezuela. Pretende ainda, resgatar um processo genuinamente latino-americano, democrático, universal e quiçá socialista, que não garanta o mínimo necessário para reprodução do ser humano, mas vai além do necessário, contempla a saúde como um conceito amplo, que perpassa pelo acesso o lazer, a cultura, a vida, a educação, fruto do excedente socialmente produzido, e organizado pelo aparato Estatal. No entanto, os entraves que configuram esses direitos no atual momento, são inibidos pelo projeto privatizante que caminha em larga escala.

Para a análise da perspectiva universalizante, do acesso a todos e de garantia do Estado da política pública de saúde, bem como discutir acerca da privatização da mesma, perpassando pela compreensão do protagonismo popular, e do financiamento estatal em face do projeto neoliberal. Dividimos o estudo em três seções.

A primeira seção discorrerá acerca das transformações sócio-históricas latino-americana para desvelar o processo que se estabelece desde a colonização a contemporaneidade e caracteriza a situação de dependência capitalista da América Latina. Discorrendo acerca da teoria marxista da dependência de Marini, para

compreender as semelhanças latinas no processo histórico do capitalismo, mas diferenciando as particularidades sócio-históricas e culturais de cada país em estudo.

Na segunda seção contextualizamos a estrutura da política social e suas características no sistema dependente latino-americano, diferenciando da política social Europeia. No decorrer do capítulo adentramos nas políticas públicas de saúde do Brasil caracterizada pelo Sistema Único de saúde e na Venezuelana pela *Mission Barrio Adentro*, trazendo o processo de construção, das mobilizações sociais e da garantia de universalidade da política pública de saúde.

Na última seção, por meio das legislações de cada país fazemos as análises para explicitar os processos de privatização no Brasil e a participação popular venezuelana como mecanismo de contra privatização e negação das medidas neoliberais dos organismos internacionais (Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial).

Na conclusão do estudo faz-se uma análise do protagonismo popular em face das políticas públicas de Estado, que assume um papel determinante pelas transformações sócio-históricas, evidenciando nas economias dependentes a subordinação dessas economias que só conseguem transpor tal situação por meio da participação popular, o protagonismo popular consegue barrar/negar a privatização da política pública de saúde, e vislumbrar outro projeto de política pública bem como um novo modelo de sociedade.

2 AS TRANSFORMAÇÕES ECONÔMICAS E POLÍTICAS DA AMÉRICA LATINA E A RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

“O sistema básico de colonização e de dominação externa, experimentado por quase todas as nações latino-americanas durante pelo menos três séculos foi construído de acordo com os requisitos econômicos, culturais e políticos do assim chamado “antigo sistema colonial” (...) os colonizadores eram submetidos à vontade e ao poder das coroas de Espanha e Portugal, às quais deviam, como vassallos, obediência e lealdade”
(Florestan Fernandes¹)

Para discutir a formação dos Estados nacionais latino-americanos, e chegar à contemporaneidade da atenção das políticas sociais, e especificamente para esse estudo, da política de saúde, é necessário entender e analisar o processo histórico de “descobrimto” deste continente. É necessário compreender também, os processos incidentes no continente europeu, na transição do sistema mercantil para o nascente capitalismo, que na época engendrava uma expansão comercial e territorial para além mar. Nesse sentido, se faz necessário trazer uma breve retrospectiva da conjuntura europeia em paralelo à colonização da América Latina.

Segundo Ribeiro (1978), o sistema mercantil na Europa foi caracterizado pelos progressos da navegação, mas principalmente com os progressos civilizatórios, nos quais, avançavam em disputas territoriais pela costa continental. Esta expansão territorial era realizada através da colonização de novas terras e a escravização dos povos da mesma, sendo brutalmente dominados pelas forças militares por via de guerras. Mas a escravidão, não aconteceu somente com os povos conquistados na expansão territorial, ao navegar ao sul, descobriram algumas ilhas no caminho do continente africano e posteriormente à própria África. A população africana e das ilhas colonizadas foram à principal fonte escravista, seja a princípio no sentido de mão-de-obra escrava, mas também estes desempenharam

¹ FERNADES, Florestan. Capitalismo Dependente: E classes sociais na América Latina. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981, p.13

um papel primordial na expansão territorial para o império português (PRADO JUNIOR, 2006).

Portugal era um país pequeno, com grande parte de sua área territorial, geograficamente desocupada, em decorrência dos dois séculos anteriores ao século XV, quando a Europa passou por devastações devido às fortes guerras, mas também pelas pestes que assolavam o continente. Neste sentido, Prado Junior (2006) coloca que a escravidão africana, teve papel fundamental na ocupação e na expansão dos territórios portugueses, utilizando da exploração escravista para fins comerciais, mas para formação do território nacional com o povoamento escravista, e posteriormente com o tráfico negreiro na formação das colônias portuguesas na América Latina.

Com a evolução da expansão territorial dos impérios europeus, paralelamente, surgiram às formações dos Estados nacionais na Europa. É com o desenvolvimento do comércio com as Índias, que se caracterizou também o processo denominado de sistema mercantilista², dado a organização dos estados nacionais e reinados, os quais constituíam suas riquezas através do acúmulo da prata e do ouro, por meio do lucro comercial. Neste sentido se estabelece uma nova correlação de forças no continente europeu, onde os reinos da península Itálica prosperaram devido a expansão e o controle das rotas comerciais para o oriente.

As outras nações consolidadas como Portugal e Espanha, buscam, também pelo mar, compensar suas desvantagens geográficas. É nesse cenário que ocorre o “descobrimento” da América, sendo esta um marco na reorganização econômica do continente europeu, que configura a ascensão dos países Ibéricos à categoria de potências (MARINI, 1974). Dada às transformações que ocorriam na Europa, em pleno desenvolvimento mercantilismo-capitalista, de intenso comércio mediterrâneo, era economicamente necessário encontrar outras rotas ao oriente, mas também expandir o mercado consumidor. É com a busca por novos mercados, que o “descobrimento” da América Latina se fez urgente e necessário para a evolução do capitalismo europeu ascendente;

² Para Búfalo (2002), as relações mercantilistas são as primeiras formações de uma nova ordem social. Esta ordem é considerada, como um conjunto de práticas sociais, que materializaram o monopólio territorial, bem como o desdobramento e a consolidação do comércio como nacional e internacional, através de uma organicidade política. Assim deu condições à transição ao capitalismo, designado também como acumulação originária que separa os meios de produção do produtor direto.

Hacia fines del siglo XV y principios del XVI, la expansión del capital comercial – que había actuado como motor de las aventuras ultramarinas – se vio notablemente impulsada por los descubrimientos marítimos y por las nuevas rutas que se abrían al tráfico a través de los océanos. Fue menester agrupar capitales para financiar estas arriesgadas empresas y aparecieron así nuevas formas de concentración capitalista, que fueron posibles debido a la acumulación de dinero producida en los últimos siglos da Edad Media. (BAGÚ, 1949, p.41)

É nesse processo de desenvolvimento mercantil europeu-continental, que inicialmente foi limitado ao comércio marítimo local, que a navegação costeira passa a ser deixada de lado para encampar novas rotas marítimas à Índia e às novas terras, os portugueses se lançaram ao mar. Coube a estes o papel pioneiro devido sua localização geográfica defronte ao mar, que lhes possibilita a criação e o aperfeiçoamento de alguns instrumentos de navegação (PRADO JUNIOR, 2006).

As primeiras descobertas foram às ilhas ao sul africano; Cabo Verde, Madeira e Açores, e posteriormente a América Latina. Seguindo os portugueses, os espanhóis também se lançam ao mar, porém, por outra rota. Esses acontecimentos *“articularam-se num conjunto que não é senão um capítulo da história do comércio europeu”*³. Quando Portugal e Espanha chegaram ao continente americano, encontraram muitos indígenas habitando as terras, mas essa população não era formada por uma mesma tribo ou etnia, era uma formação heterogênea, pois entre eles havia muitas etnias, cada qual com graus de evolução e organização diferentes.

Espanha se defronta com a atual América Central e Norte (México), de início encontra uma sociedade extremamente organizada e complexa, com cultura, estrutura e conhecimentos científicos bem formulados, conhecidos como império incaico. Mas, Portugal se depara na América do Sul, com outro nível de organização, onde os indígenas são formados por etnias diversas, mas ao contrário da Espanha, eles encontram uma população pouco organizada, e com pouco conhecimento, ou seja, era quase um deserto e primitivo.

O que os portugueses poderiam explorar á primeira vista eram produtos espontâneos e extrativos da natureza como pau-brasil, peles de animais e pesca. Já os espanhóis, encontraram de imediato ouro e prata extraídos pelos incas, isso gerou para essa nação um fluxo de riquezas bastante elevado, já para Portugal que

³ JUNIOR, Caio Prado. Formação do Brasil Contemporâneo. 2006, p.22

de imediato não encontra nenhum recurso mineral, coube à exploração comercial como forma de viabilizar o processo de colonização (MARINI, 1974).

O processo de colonização foi diferente para ambos, num primeiro momento a intenção era extrair riquezas para o continente europeu e posteriormente intensificar a colonização. Espanha para usufruir das riquezas do império incaico teve que travar guerra contra os mesmos. Já Portugal, tentou comercializar, escravizá-los, colonizar e dizimar quando necessário.

Com as devidas diferenças estabelecidas, entre as ocupações dos referidos países, no processo de colonização e a necessidade de criar elites locais favoráveis ao comércio subserviente com suas respectivas metrópoles. A Espanha empreende este feito, a partir das guerras e da conquista contra as sociedades mais complexas encontradas no território, que lhe cabia como “direito” de ocupar por serem os primeiros a “descobrir” as novas terras. Após as guerras, os espanhóis davam seguimento à consolidação e a formação das instituições de Estado, que pretendiam controlar as estruturas já existentes constituídas pelos Incas. Esse domínio sobre outro povo era essencialmente para extração de riquezas, como a extração de minerais, além de garantir nessas terras locais, uma mão-de-obra necessária para o trabalho através da conversão da população local em “mão-de-obra escrava” (MARINI, 1974).

Mas para os portugueses o desafio era diferente. Estes não encontram riquezas de imediato, e nem uma sociedade suficientemente bem estruturada para realizar nas terras descobertas alguma forma de comércio, que pudesse garantir grandes remessas de lucro e que tornasse viável a colonização do território encontrado. Porém, era necessário ocupá-lo imediatamente, para evitar que essas terras fossem ocupadas por outras nações européias.

Desta forma, o desafio passou a ser a colonização do território latino-americano com cidadãos oriundos de seu próprio território. Mas Portugal, possuía um déficit populacional, que não permitia uma ocupação dos novos territoriais além mar, somente com sua população. É nessa conjuntura que o negro se faz necessário, pois biologicamente é mais forte e rentável que o índio (WILLIAMS, 1975). Em virtude dessa problemática apresentada por Portugal, e ao mesmo tempo, da relação de dominação negreira presente na costa africana, contribuiu para que os cidadãos europeus passassem a assumir o papel de elites subordinadas a

metrópole na formação das novas colônias latino-americanas. Consegue-se assim, estabelecer alguma atividade econômica com a população local nas novas colônias, e com isto estruturar um comércio, entre este e a metrópole portuguesa, que se estabelece por meio das transações comerciais, bem como, se consolida numa fonte de lucro que pagará o alto custo do deslocamento da população portuguesa para essas novas terras, para assumir um papel de elite aqui no Brasil.

Foi nesse processo que ocorreu o desenvolvimento e a formação das colônias na América Latina, construída sobre o prisma europeu, donde as orientações advindas das coroas européias para as colônias latino-americanas foram construídas de acordo com requisitos econômicos, culturais e políticos dos mesmos, legitimados pelos colonizadores submetidos à lealdade da corte. Estes, futuras elites latino-americanas, fomentarão a independência das colônias para ter autonomia econômica e fazer parte dos lucros, privilégios da econômica colonial (FERNANDES, 1981).

Este sistema colonial foi fundamental para o capitalismo, consolidou o motor da acumulação de capital primitivo, através do desenvolvimento das colônias, e da extração de riquezas o qual, Cueva (1983) caracterizou como a *ante-sala do subdesenvolvimento*, ou seja, através do escoamento de produtos manufaturados e matérias-primas para a Europa (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010). Assim a história da América Latina proporcionou o crescimento e a riqueza da Europa, bem como a estratificação dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento.

Fernandes (1981) descreve que esse processo de colonização européia sobre o continente latino-americano, faz consolidar o capitalismo dependente. Que por sua vez consolida-se no processo de independência desses países que nascem baseados na escravidão, na concentração de terras, mas também na produção de bens e serviços que são vinculados ao mercado externo, uma relação de mercado dependente (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010).

Para o autor Fernandes (1981) os processos desencadeados a partir do desenvolvimento capitalista na Europa levaram ao descobrimento da América Latina. No bojo do capitalismo ascendente necessitava economicamente de uma expansão territorial e mercantilista, o qual é formado por quatro fases denominadas de padrões de dominação externos.

Mariátegui (2008), um pensador genuinamente latino-americano, já escrevia sobre a função da colonização para o continente, quando trouxe a análise de que a independência da América Latina foi por motivos econômicos. Segundo o autor, esse processo, era para que o capitalismo europeu pudesse se desenvolver e que este não foi desencadeado por interesses da população latino-americana, crioulo, índio, mas sim, dos brancos colonizadores.

As fases de dominação externa se desenvolveram ao longo da formação nacional destes países, dividindo-se em quatro etapas com características distintas, mas que não aparece em todo o continente latino-americano, dado as peculiaridades da formação dos Estados-nações. Mas segundo Feijóo (2008), não obstante, estes países estabelecem traços muitos comuns, principalmente quanto às estruturas sociais, devido à dinâmica histórica, que desempenham em menor ou maior grau nos processos que os colocam na divisão internacional do trabalho, das trocas e dos intercâmbios desiguais. Que no âmbito das relações sociais e de produção intensificam igualmente a exploração do trabalho na América Latina (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010).

Fernandes (1981) ainda explicita como foram as quatro fases de padrões de dominação externa no desenvolvimento dependente-capitalista do continente sul-americano.

O primeiro padrão de dominação externa configura-se pelos agentes/elites das coroas nas colônias, que estratificam os colonizadores, afim de, formar uma sociedade em estratos sociais diversos, para tanto, há uma flexibilidade na inserção de nativos, mestiços e africanos com certos privilégios. Mas as condições de dominação colonial estavam atingindo um nível de exploração ilimitada de condições humanas, além de manter poucos benefícios aos agentes internos, o lucro da exploração da mão-de-obra e riquezas em sua maior parte ficava para Portugal.

Este sistema estava entrando em crise, Espanha e Portugal não estavam conseguindo sustentar a colonização mercantil, pois eram economicamente fracos, em face de outros países europeus como Inglaterra, Holanda, etc., que financiavam a colonização com equipamentos, tecnologia e capital desde o início desse processo, sendo estas as potências centrais à época. No entanto, a Europa também estava passando por uma crise, pois outros países como a França e a Inglaterra, por exemplo, estavam lutando pelo controle econômico da América Latina. Frente a

essas transformações, a população nas colônias americanas, vítimas de uma extrema exploração, se juntam aos agentes da colônia e inicia-se um movimento em busca da emancipação nacional, como também de parte do lucrativo comércio colonial, rompendo a priori com a primeira fase de dominação; colônia e metrópole.

Já a segunda fase do padrão de dominação, é em virtude da desagregação do antigo sistema colonial. As nações européias conseguiram o controle da importação e exportação da América Latina, porém, lhes interessava mais o comércio do que somente a produção local nas ex-colônias. Como o mercado consumidor interno era amplo, a Inglaterra redirecionou as providências e estratégias para o mercado interno, criando uma política comercial e impulsionando mercados capitalistas modernos nos centros urbanos do continente latino-americano, mantendo a dominação externa de forma indireta.

Para o desenvolvimento desses mercados, eram necessárias investimentos como pessoas qualificadas, expansão de agências comerciais e bancárias, além da difusão em escala reduzida de novas instituições econômicas, com novas técnicas sociais, modalidades de associações com agentes e interesses locais e nacionais o que levaria a manutenção da dominação externa (FERNANDES, 1981).

Mas as classes existentes no Brasil, em específico os exportadores (produtores rurais) e os agentes ou comerciantes urbanos, preferiram escolher um papel econômico secundário e dependente. Aceitando como vantajosa a perpetuação das estruturas econômicas construídas sob o antigo sistema colonial, do que renegá-la e aceitar os difíceis esforços para alterar toda a infra-estrutura da economia (FERNANDES, 1981).

A terceira forma de dominação externa aparece com a reorganização da economia mundial, conseqüentemente fruto da revolução industrial da Europa:

As influências externas atingiram todas as esferas da economia, da sociedade e da cultura, não apenas através de mecanismos indiretos do mercado mundial, mas também através de incorporação maciça e direta de algumas fases dos processos básicos de crescimento econômico e de desenvolvimento sociocultural. Assim, a dominação externa tornou-se imperialista, e o capitalismo dependente surgiu como uma realidade histórica na América Latina (FERNANDES, 1981, p.16).

O autor ainda ressalta, que foi com a terceira forma de dominação, que a acumulação capitalista na Europa desenvolve-se, através do controle financeiro e da complexidade das relações de mercado estabelecida via exportação-importação. Onde as economias satélites como a Inglaterra, detinham o controle dos mercados nacionais em desenvolvimento, tomando novas formas de articulação com as nações latino-americanas. Esse processo demonstra-se como imperialista, pois toda mudança econômica, cultural, social, e até mesmo a construção de infra-estrutura nos estados nacionais, transporte, saúde, educação eram realizadas sobre as decisões da Inglaterra (FERNANDES, 1981).

As economias dependentes eram reféns das economias centrais, sendo transformada em mercadorias negociáveis⁴ à distância, na medida em que introduziam indústrias de bens e consumo, intensificavam as operações bancárias (FERNANDES, 1981). Porém, nesse processo, havia um setor de certa forma beneficiado nas economias dependentes; os interesses rurais e a sua modernização. Do outro lado a intensificação das indústrias cria o setor consumidor e extensa mão-de-obra parte do comércio interno sobre o domínio externo. A integração nacional das economias dependentes sempre foi negligenciada desde o antigo modelo colonial, é através da dominação que as transferências de ganhos líquido e excedentes foram para os países satélites.

Mas a quarta forma de dominação externa na America Latina é recente, surge com a expansão das grandes empresas corporativas, principalmente nas esferas comerciais de serviços e financeiros. Incide com maior abrangência nos campos da indústria leve e pesada (FERNANDES, 1981). Parafraseando Fernandes, *“essas empresas, trouxeram a região um estilo de organização, de produção de marketing com novos padrões de planejamento, propaganda de massa, concorrência e controle interno das economias dependentes pelos interesses externos”*. (FERNANDES, 1981, p. 18).

Essa dominação caracteriza-se pelo controle de tudo que existe. Desde produção, o pensamento, a moda, cultura, consumo, infra-estrutura, educação, tudo que possa imaginar, vem através da propaganda de massa o incentivo ao uso ou da necessidade de fazer parte e ter o que as empresas corporativistas das economias

⁴ Para Florestan Fernandes as “economias dependentes, são mercadorias negociáveis a distância”, devido ao controle financeiro das mesmas (FERNANDES, 1981, p.17)

satélites colocam para circular no mercado interno e externo das economias dependentes.

Ribeiro (1978) refere-se a esse momento como um processo de recolonização industrial, com as instalações das multinacionais. O autor afirma também, que este processo é uma modernização reflexa, que permite um progresso relativo, mas limita as potencialidades dos povos latino-americanos ao propiciar uma distância entre o núcleo matriz da multinacional e os países periféricos. Esse procedimento concretiza-se através de vários processos ao qual Ribeiro (1978) descreve;

Primeiro porque impossibilita qualquer movimento de aceleração evolutiva que enseje sua integração autônoma na civilização emergente. (...) Segundo, porque desnatura o próprio processo de industrialização (...) funciona como uma forma de recolonização que desgasta as potencialidades econômicas representadas por recursos poupados internamente e pela existência de um mercado interno em expansão. Terceiro porque implanta grandes indústrias de bens de consumo, as quais, além de não serem automultiplicáveis, introduzem precocemente hábitos de consumo supérfluo ou ostentatório, impõe procedimentos industriais poupadores de mão-de-obra que agravam o desemprego e a marginalidade. Quarto, porque, além de não produzir divisas, remete para fora lucros vultosos, o que torna imperativa a consolidação do setor exportados tradicional de produtos primários que mantém enormes massas da população em condições miseráveis de existência. Em consequência, onera o balanço de pagamentos e produz um endividamento externo que aumenta com novos empréstimos destinados a pagar o custo desses enclaves. Quinto, porque internacionaliza as grandes empresas de todos os países, convertendo o empresariado nacional em um estamento cosmopolita, cujas lealdades se desnacionalizam para consagrar-se, exclusivamente, à salvaguarda e à expansão do capitalismo superimperialista. Sexto, porque ao estruturar-se em cada país como núcleos financeiros que comandam imensos conglomerados de empresas heterogêneas podem atuar simultaneamente em diversos setores da produção, do comércio, e dos serviços, adquirindo enorme flexibilidade que lhes permite explorar, em cada ocasião, os ramos mais rentáveis da economia. (RIBEIRO, 1978, p. 30)

Contudo, o quarto padrão de dominação implica num imperialismo pleno, dado o controle das estruturas econômicas pelo sistema financeiro mundial, onde a mudança é feita pelas orientações advindas externamente, do estrangeiro. A partir de fora é realizada a dominação em todos os níveis de organização social. Logo o desenvolvimento e progresso de um país periférico são realizados à luz dos

interesses das burguesias centrais e privatistas, juntamente com as classes dominantes latino-americanas.

É com o desfecho das formações e transformações econômicas e sociais latino-americanas, que se pretende analisar a construção da política pública de saúde, frente à acumulação capitalista e imperialista do século XIX, e compreender o processo histórico de colonização, que se configura até a atualidade, através dos Estados capitalistas dependentes sul-americanos que compõem a periferia das economias de centro. Os processos de dominações externos na América Latina, aos quais, Florestan Fernandes já apresentou, mostram que a periferia do sistema capitalista mundial, está engendrada no capital monopolista, através das empresas multinacionais e da globalização e do sistema financeiro contemporâneo.

Após o processo de desenvolvimento das nações latino-americanas, imbricados no processo colonial e contínuo de subdesenvolvimento, ao qual, os interesses imperialistas do tipo comercial e geopolítico estavam na base da economia de trocas, com a exportação nas Américas para Europa, o mercado mundial exigia novos produtos, *“provocando uma série de transformações na estrutura econômica, social e política que gerou uma nova forma de presença estrangeira”* (URÁN, 1987, p.226). Nesse processo, de dominação externa, os imigrantes europeus aceleraram o domínio da cultura e da economia europeia no continente latino-americano, (MARIÁTEGUI, 2008).

Esse momento ficou conhecido na América Latina como revoluções liberais, que influenciaram inúmeras reformas e ditaduras, tais ações entendem-se por coercitivas. Inicia-se algumas medidas como as privatizações, o incentivo de produção e exportação de produtos agrícolas, a criação de infra-estrutura mínima nos países, e principalmente instauração de sistemas de créditos controlados e financiados pelos capitalistas estrangeiros, que se expressa em todo o continente (URÁN, 1987). São características dos padrões de dominação externa que Florestan Fernandes já mostrou, principalmente na segunda fase de dominação, ao qual, emerge a criação de um mercado capitalista moderno nos centros urbanos das ex-colônias, com qualificação de mão-de-obra, novas instituições econômicas, e investimento nas infra-estruturas da economia, mas também na quarta fase de dominação onde todo sistema é controlado pelo capital financeiro no espaço mundial.

No entanto, ainda se traz que o século XIX, foi marcado pelas guerras mundiais e os confrontos políticos na Europa na consolidação dos Estados-nações, por modelos de organizações econômicas e políticas impostas para a solução de conflitos sociais. Os Estados Unidos emergem como uma potência econômica, segundo Bufalo (2002), como a única potência hegemônica, graças a sua capacidade econômica e política de maior poderio militar do que o resto do mundo, aumentando seu poderio no século XX com as guerras mundiais. Segundo Bufalo (2002), neste momento a intervenção do Estado na orientação da economia é fundamental;

Prevalece la idea de que algunas industrias como los monopolios naturales - especialmente en ciertos servicios básicos o en aquellos sectores considerados estratégicos – deben estar en manos del Estado. Por lo tanto, el mundo conoce en las primeras décadas de la posguerra una marcada tendencia a la estatización en busca de mayor eficiencia productiva y redistributiva. En el trasfondo de esta propensión está la idea central de la vieja socialdemocracia del siglo XIX de que la estatización equivale a socialización y, por lo tanto, a una mayor democratización de la producción. (BUFALO, 2002, p.13)

Com essa nova configuração do papel do Estado, onde lhe cabe também, a interferência para diminuir o aumento da produtividade nos setores de bens e serviços de consumo, neutralizando-o e propondo sua inversão, para o aumento dos salários e setores de investimentos do Estado, financiando o consumo proveniente e os benefícios (Bufalo, 2002). O autor ainda assinala que uma das maiores características desse modelo pós-guerra é a expansão do Estado em criação de instituições assistencialistas para promover a paz social e políticas anticíclicas de promoção ao desenvolvimento capitalista.

Mas, segundo Paiva (2009), os sistemas ideológicos e de poder ditados pelo sistema colonial, ainda não foram inteiramente rompidos no continente latino-americano, os processos de emancipação não possuem tanto fôlego frente ao dinamismo econômico, político burguês instaurados via colonização e ascensão do capitalismo-monopolista.

Esse controle dos países estrangeiros de centro sobre as economias sul e centro americano, caracteriza a nossa condição de periferia do sistema econômico-capitalista de superexploração da força de trabalho e da estrutura política condicionada a um Estado privatizado e também a democracia representativa que

pouco inclui a participação popular (PAIVA, 2009). Essas são algumas das contradições que determinam a estrutura de dependência dos Estados latino-americanos.

Para que haja existência de uma relação de dependência, é necessário construir lados antagônicos no desenvolvimento da sociedade, como o expropriador de riquezas e o explorado condizente com o sistema em questão, capitalista. Essa relação antagônica do mundo perpassa desde as formações dos Estados-nações Européias, que também é considerado como o marco do desenvolvimento capitalista. Para sustentar a economia independente, foi necessário “descobrir” a América, que através da economia escravista, propiciou uma superexploração do trabalho e da mão-de-obra, que refletia uma mais-valia super excedente as economias centrais (MARINI, 1991).

O auge da escravidão foi também o auge da revolução industrial, que logo em seguida, necessitou de um mercado consumidor para propiciar o consumo e fortalecer o sistema de acumulação das nações centrais. Dessa forma, estabeleceu-se na América Latina o fim da escravidão e a instituição do assalariamento via venda “livre” da força de trabalho. O processo de expropriação da riqueza de nosso continente continua com a dominação através da exportação para o mercado mundial, mas também com a super-mais-valia do trabalho latino. Nesse ciclo do capital se firma a economia dependente, cuja economia latino-americana tem seu próprio modo de produção, mas que está intrinsecamente ligada à economia capitalista mundial.

A burguesia latino-americana se submete aos interesses das burguesias centrais, lucrando em parceria com estas, por sua vez ligadas umbilicalmente. Essas elites latinas coroam o poder estrangeiro, garantindo uma série de garantias, como participação nacional de capitais, associação dos Estados às empresas imperialistas, cooperação e políticas favoráveis para o investimento estrangeiro, que acentuam a dependência tecnológica do continente (GALEANO, 2010).

Para a manutenção desta relação, o trabalho como única fonte real de valor deve ser explorado em altos níveis, o resultado disso é que na América Latina o trabalhador recebe um salário muito menor que nos países desenvolvidos como reflexo do grau de exploração acentuado que possui neste continente. Se o trabalhador não gerar, em seu trabalho grandes quantias de mais valia, então não

haverá geração de excedente suficiente para remunerar o capitalista brasileiro e seus sócios estrangeiros (MARINI, 1974).

O capitalista latino compartilha seu lucro com o capitalista do país desenvolvido, devido aos interesses atrelados, necessitando sempre de seus capitais ou estruturas produtivas já desenvolvidas, o que Ribeiro (1978) chama de modernização reflexa. No entanto, os capitalistas estrangeiros retribuem vindos aos países latinos com suas empresas multinacionais e transnacionais, mas somente se a remuneração for igual ou superior aos ganhos em seu país de origem, isso porque o capitalista não move seu capital de uma nação para outra, pois valeria mais investir no seu próprio país.

Essa fase do modo de dominação externa desenvolve-se em alguns países da periferia, que possui uma estrutura econômica desenvolvida, o que não é o caso de todos os países do continente. O capitalista estrangeiro somente desloca seus recursos para os países periféricos, se os lucros forem superiores aos encontrados no país de origem, além disso, a transição do capital possui custos que também deve ser pago pelo lucro do investimento. Desta forma, um investimento à um país periférico deve remunerar o capitalista nacional, o capitalista estrangeiro em igual ou superior escala como seria no país de origem, e deve também custear os gastos diversos, todos esses saques resultantes do investimento tem como origem, a fonte da produção de riqueza, o trabalho. (FLORESTAN, 1981).

É neste processo, de internacionalização do capital conhecido como um fenômeno da globalização, que empresas multinacionais se instalam em diferentes países periféricos, onde a produção do capital transcende os Estados nacionais. É o mercado internacional quem define o que se produzirá na periferia, além de toda riqueza excedente, e o lucro do investimento dessas empresas não serem aplicados no território e sim transferidos à matriz da empresa, nos centros econômicos (BUFALO, 2002).

Contudo, o agravante das empresas transnacionais, mostra-se na escolha dos países a serem instaladas, pois será o país que oferecer a maior quebra de regulamentações de direitos trabalhistas, sociais, fiscais e econômicos. Essas empresas usufruíram nos países latino-americanos de mão-de-obra em abundância, além de muitos privilégios e investimentos dos Estados latinos (GALEANO, 2010).

Como o processo de produção não se dá no país ao qual se instalaram, mas no espaço global, pois são os ativos financeiros que condicionam a produção dos mercados de capitais, tornando a periferia um sistema colonizado, dependente dos oligopólios, assim como no processo do capital mercantil no início do “descobrimento” latino-americano.

Essas empresas formam um oligopólio, que operam em muitos países, mas como se fosse uma extensão da matriz, estabelecendo relações mínimas com as economias locais, onde se instalaram, mas introduzem suas culturas, normas e leis através dos trabalhadores. Ribeiro (1978) denomina esse processo de incorporação histórica, quando grandes empresas são convertidas em uma industrialização recolonizadora.

Para Marini, o problema frente às multinacionais, é a superexploração do trabalhador na busca da super-mais-valia. Esta mais valia na América Latina, não é a mesma das economias avançadas, que para acompanhar esse intercâmbio e a troca internacional de produção do capital, se faz necessário produzir mais matéria-prima, exportar mais, e ainda assim estará em desvantagem perante as economias centrais. Por isso entende-se que a economia latina é dependente, consegue apenas desenvolver e acompanhar o capitalismo. Neste sentido a exploração das economias latinas acontece pela superexploração do trabalho:

El problema que plantea el intercambio desigual para América Latina no es precisamente el de contrarrestar la transferencia de valor que implica, sino más bien el de compensar una pérdida de plusvalía, y que, incapaz de impedirla al nivel de las relaciones de mercado, la reacción de la economía dependiente es compensarla en el plano de la producción interna. El aumento de la intensidad del trabajo aparece, en esta perspectiva, como un aumento de plusvalía, logrado a través de una mayor explotación del trabajador y no del incremento de su capacidad productiva. Lo mismo se podría decir de la prolongación de la jornada de trabajo, es decir, del aumento de la plusvalía absoluta en su forma clásica; a diferencia del primero, se trata aquí de aumentar simplemente el tiempo de trabajo excedente, que es aquél en el que el obrero sigue produciendo después de haber creado un valor equivalente al de los medios de subsistencia para su propio consumo. (MARINI, 1991, p.11)

A superexploração do trabalho é um condicionante de subalternidade da classe trabalhadora, esse cerne agrava as condições de reprodução e de existência

da população latino-americana (PAIVA, 2009). Com isso, o Estado necessita cumprir a função de solucionar os problemas sociais resultantes da exploração do trabalho (OURIQUES, 2001). Principalmente na pós-revolução industrial, com o crescimento dos centros urbanos e do mercado comercial onde a concentração da acumulação de capitais perante uma minoria da população condiciona a outra parcela, a maioria desprovida de riquezas e sem condições de garantir o mínimo para sobrevivência humana, restando-lhe apenas como gerador de riquezas, de mercadoria a sua força de trabalho.

A modernização do capitalismo na América Latina, perdura e fomenta a concentração de renda, riqueza e propriedade nas mãos de poucos, ao lado da privatização, contínua também do poder político (Paiva, 2009), que suprime os gastos na área social, ou nos direitos da classe trabalhadora, que ora é entendido como bem-estar do Estado e ora como uma conquista da luta dos trabalhadores;

A luta social e a organização política da classe trabalhadora são nutridas de convicções, dentre elas o reconhecimento da dimensão coletiva dos problemas sociais como construção social e econômica da sociedade de classes, portanto, que independe dos atributos pessoais, ou das razões de natureza espiritual, dentre outras subjetivas. Sob a lógica do capital, ainda mais em tempos neoliberais, essa convicção é balada, razão pela qual, no campo específico da proteção social, muitas medidas neoconservadoras e coercitivas foram implementadas. Se a questão social se desvincula dos antagonismos econômicos da sociedade de classes, passam a pertencer exclusivamente ao âmbito privado e suas fontes 'naturais', a família, a comunidade e os serviços privados. (PAIVA, 2009, p.85)

Segundo Ouriques (2001), perante o apresentado, os Estados capitalistas cumprem uma função social, de garantir o mínimo de melhorias nas condições de vida e de trabalho a enorme parcela da sociedade desprovida das riquezas sociais, e da mais valia expropriada pelo Estado, e pela burguesia/elite nacional. Mas no interior deste Estado político-social, que para o autor é um Estado "ortodoxo", pois se apresenta como o comitê de negócios da burguesia, e também um espaço de disputa e acordos entre as classes sociais.

Ao passo que admite momentos de conciliação, negociação e luta de classe, onde, ora concede alguns avanços para os direitos da classe subalterna, ora por resistência da classe trabalhadora consegue disputar por direitos, mas que esses avanços também são marcados por perdas sistemáticas. Assim o Estado não é

neutro, é um agente em disputa constante por todos os seguimentos (OURIQUES, 2001).

As políticas sociais desempenham no capitalismo um papel fundamental, seja na manutenção do desenvolvimento econômico ou na reprodução da classe superexplorada, permitindo que as políticas públicas compensatórias e focalizadas possam subsidiar a continuação e a sobrevivência de mão-de-obra barata para as grandes empresas privadas, nacionais ou multinacionais. São nas arenas políticas, através das forças sociais e seus embates, junto ao Estado versus as expressões da questão social que se constroem as políticas sociais. (MERHY, 2006).

Nessa perspectiva, pode-se ressaltar a emergência das políticas sociais decorrente das contradições do próprio modo de produção, onde encontramos sérias limitações no momento de garantir à maioria da população, o mínimo para o atendimento das necessidades básicas de cada indivíduo. Na relação do trabalho, o valor excedente produzido pela força de trabalho, que é o trabalho não pago ao trabalhador resulta na mais valia, ou seja, o lucro do sistema capitalista. No caso da América Latina, esse lucro é a super mais valia, pois a classe trabalhadora é duplamente explorada, e usufruí pouco ou quase nada do lucro gerado pelo trabalho. Em face desse processo, a desigualdade amplia juntamente com as necessidades básicas que por hora não são atendidas pelo Estado dependente, colocando em risco o próprio movimento do capitalismo monopolista⁵. Em virtude desse risco, o Estado começa a fomentar políticas públicas, objetivando amenizar as conseqüências da pobreza, a fim de diminuir a insatisfação da grande massa, que fica à margem do acesso à qualidade mínima de vida. (MAZZUCO et al., 2007)

É no bojo desses conflitos políticos, entre as classes dirigentes de um Estado e das classes subalternas que se configuram no interior do sistema capitalista as políticas sociais frente ao processo de reprodução social no mundo do trabalho, em embates políticos na busca pela satisfação das necessidades humanas (PAIVA; ROCHA e CARRARO, 2010).

⁵ O capitalismo monopolista segundo Fernandes (1975) surge em escala mundial no pós-guerra, na transição do capitalismo competitivo entre as nações para o monopolista, onde o desenvolvimento do capital financeiro não possui fronteiras econômicas, geografias e políticas, através das grandes corporações (empresas multinacionais) divide o mundo em economias centrais e dependentes ou periféricas.

É a política do Estado burguês no capitalismo monopolista (...) configura a sua intervenção contínua, sistemática, estratégica sobre as sequelas da “questão social”, que oferece o mais canônico paradigma dessa indissociabilidade de funções econômicas e políticas que é própria do sistema estatal da sociedade burguesa madura e consolidada. Através da política social, o Estado burguês no capitalismo procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorporam sistemas de consenso variáveis, mas oponentes (NETTO apud PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010, p.158).

Mas além da função econômica desempenhada pela política social, ela assume dentro do Estado de direito, um papel central na luta de classe. Com a mobilização social, a política social assume a configuração de uma política pública, como dever do Estado e direito da população, devido ao embate político realizado pelos movimentos sociais, pela participação popular que no bojo desse processo disputa espaço, direitos via mobilização que resultam em políticas públicas, em decretos, em leis entre outras normatizações que asseguram o que foi pleiteado, nesse âmbito de contradições é que alguns direitos sociais vão sendo e foram adquiridos (MAZZUCO et al., 2007).

Nesse processo de disputa no âmbito do Estado burguês, é que as políticas sociais, como a Política Pública de Saúde se materializa como direito social, seja na minimização da pobreza ou enquanto privações do Estado na vida da classe trabalhadora numa relação contínua de contradições e disputa (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010). Cabe ao Estado através excedente econômico, e da riqueza socialmente produzida, suprir as demandas sociais gerada pelo capitalismo monopolista.

Nesse processo de disputa e construção das políticas públicas, Netto (2003) coloca que o Estado possui dupla função, por um lado garantir todo processo do sistema capitalista, legitimando a ordem burguesa, mas pelo outro garante direitos sociais à população. E é nesse último que se realiza a “democracia política”, espaço onde acontece o tencionamento, pode não ser suficiente, mas é impossível pensar em política social e conquistas subjetivas sem o espaço da democracia política (NETTO, 2003).

Todavia, é nesse sentido que as políticas sociais são necessárias, mas também, possuem uma relação imbricada no processo de dependência econômica e da superexploração do trabalhador, quanto ao acesso aos direitos sociais, o qual, o

Estado-democrático Burguês⁶, intervém através de políticas sociais. Mas é no interior deste Estado que se travam as disputas dos interesses de classes, que também, conseguem assegurar e garantir alguns direitos, através da mobilização social.

A América Latina vive um intenso processo de acumulação capitalista. Estamos numa crise profunda do capitalismo dependente – periferia subdesenvolvida e superexplorada pelos países de centro, ou economias centrais – que possui um domínio político sobre as nações latino-americanas determinando as políticas econômicas e sociais, como este trabalho mostrará ao discutir a Política Pública de Saúde na América Latina.

2.1 FORMAÇÕES ECONÔMICAS DO BRASIL E DA VENEZUELA EM FACE DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Após o apresentado sobre o processo das transformações sócio-econômicas e históricas da América Latina, para compreender a relação de dependência que persiste desde a colonização à contemporaneidade, representada hoje pela dependência industrial e tecnológica, faz-se necessário contextualizar esse processo para adentrar na formação dos Estados Nacionais Brasil e Venezuela. Conforme Feijóo (2008), já salientou a dinâmica histórica e as estruturas sociais são comuns ao continente, mas a história de cada país é específica, e possui suas particularidades.

É com a percepção da dependência ao sistema de acumulação capitalista em nível mundial, que é relevante nos atermos aos condicionantes de dominação do continente latino-americano, para trazer a gênese das políticas sociais. Mas também, é importante apresentar as peculiaridades das formações econômicas do Brasil e da Venezuela para uma análise concisa da mercantilização dos serviços sociais na saúde, em ambos os países. Segundo Bufalo (2002) essa mercantilização se deu através das reformas neoliberais frutos do modelo de substituição de

⁶ Em Fernandes (1975), o Estado é dirigido pela elite nacional burguesa, onde possui uma democracia representativa. A classe dirigente do Estado é quem negociam os acordos entre as classes, ora oferecendo avanços e ora com retrocessos em direitos sociais.

importações⁷, que é comum a todos os países em menor ou maior grau, e este processo não pode ser desvinculado da totalidade latino-americana, imbricada no movimento econômico do desenvolvimento capitalista.

2.1.1 A formação brasileira

Para entender esse processo de formação do Estado brasileiro é importante contextualizar a origem e o desenvolvimento da elite, ou da burguesia nacional, a partir da colonização lusa, na América Latina, que em grande parte difere da colonização espanhola. Esta inicialmente encontra muita riqueza mineral, que fora descoberta e explorada pelas sociedades locais (incas), encontra também uma sociedade bem estruturada, devido a esse desenvolvimento local. Os espanhóis já têm à vista o que poderá ser explorado nessas novas terras, ao mesmo tempo, possuem a intenção de povoar as cidades indígenas do novo continente.

Esse processo não fora semelhante a Portugal, que nada tinha à vista para explorar, e nem o intuito de povoar as novas terras, apenas explorar as suas riquezas minerais que, à primeira vista, não apareciam, teriam que expandir mata adentro para encontrar algo, surgindo como principal tesouro no momento e encontrado inicialmente na costa continental o pau-brasil, por tal motivo, não foi importante povoar as novas terras que não apresentavam riquezas aos olhos, mantinha-se aqui então só algumas expedições.

A metrópole Portugal, inicialmente destina-se a explorar os recursos naturais em proveito para o comércio europeu. A formação da nação brasileira se deu pela ausência de uma metrópole no território brasileiro. Que segundo Caio Prado (2006), foi devido a essa realidade que nos encontramos de apenas fornecedores de produtos como pau-brasil, açúcar, tabaco, entre outros produtos, e mais tarde ouro e diamante, algodão e café para o comércio europeu. Foi com este objetivo que consolidamo-nos em nação, voltados para fora, para o interesse exterior que se organizou a sociedade e a economia brasileira.

⁷ A política de substituição de importações trata-se de uma política com objetivo de industrializar as economias da região (América Latina) para superar o que chamavam de deterioração dos termos de troca. Ou seja, a condição de exportador primário e importador de manufaturados causava desvantagem comercial a esses países, que necessitavam exportar cada vez mais para importar uma mesma quantidade de bens. Assim a promoção da industrialização é considerada uma forma de superação da estrutural, e levar ao desenvolvimento o subcontinente.

Nesse sentido, a determinação de povoar as novas terras, veio depois da extração de riquezas, com as transformações do desenvolvimento comercial na Europa, cujas pressões e interesses das nações européias levaram a colonização deste continente (FURTADO, 1976). Para o autor, era necessário limitar e demarcar o território frente às pressões das demais nações européias, que também queriam ocupar as novas terras da América. Usou-se então o Tratado de Tordesilhas, para dividir o continente entre Portugal e Espanha. Estes foram os primeiros colonizadores, com este tratado necessitou-se a criação de colônias, de povoamentos, e uma sociedade fortemente influenciada pela cultura européia, marcada pela rígida divisão entre senhores e escravos.

Coube a Portugal a tarefa de encontrar uma forma de utilização econômica das terras americanas que não fosse a fácil extração de metais preciosos. Somente assim seria possível cobrir os gastos de defesa dessas terras (...) das medidas políticas que então foram tomadas resultou o início da exploração agrícola das terras brasileiras, acontecimento de enorme importância na história americana. De simples empresa espoliativa e extrativa – idêntica à que nas Índias Orientais – a América passa a constituir parte integrante da economia reprodutiva européia, cuja técnica e capitais nela se aplicam para criar de forma permanente um fluxo de bens destinados ao mercado europeu. (FURTADO, 1976, p.8).

Como exposto por Furtado (1976) Portugal já havia ocupado há dezenas de anos outras terras como as ilhas do Atlântico, e nelas desenvolvido a agricultura açucareira e especiarias, essa muito apreciada na Europa. Não demorou muito para dar início nas terras latino-americanas à “empresa agrícola” e o êxito da colonização. Na produção dessa especiaria, os portugueses tinham um considerável avanço técnico, com desenvolvimento da indústria açucareira e equipamentos para engenhos. Porém, esses conhecimentos não bastavam para gerir a agricultura no Brasil, seria muito caro para os portugueses, mas estes contavam com a ajuda dos Holandeses, que na época era o único povo a possuir uma eficiente organização comercial, bem como capitais para financiar a produção agrícola e as instalações de engenhos no Brasil, como a importação de mão-de-obra escrava da costa africana para alcançar seus objetivos. Para assalariar a mão-de-obra européia seria um custo muito elevado para os engenhos açucareiros. Com o financiamento holandês na

agricultura, simultaneamente Portugal avança na ocupação de terras que lhe coubera na América (FURTADO, 1976).

A Europa encontrava-se em conflitos, devido às disputas pelas novas terras, e pela liderança do poderio econômico. A Espanha na ocasião era militarmente mais forte e ganhará dos Holandeses, e estes já se encontravam no Brasil, devido aos portugueses, que eram quem financiavam os engenhos. Os Holandeses perdem a guerra e encontram-se subordinados a Espanha, são então, obrigados a saírem das terras brasileiras. Conseqüentemente, essa saída dos holandeses traria mudanças nas relações vigentes na América, pois os espanhóis ocupam Portugal e nesse período as colônias portuguesas perdem o comércio açucareiro, carecendo de novos investimentos em outras especiarias para continuar o comércio entre a metrópole - Portugal e a colônia na América (FURTADO, 1976).

O processo de colonização da América do Norte ocorre em paralelo a esse conflito europeu de disputa por expansão territorial. Ao contrario do sul americano, ao norte a colonização inicia-se com base na pequena propriedade, excluindo a produção de açúcar que sucede em grande escala, ou seja, na concentração de terras, que por hora era incompatível com a pequena propriedade (FURTADO, 1976). Esse foi um grande diferencial na colonização e desenvolvimento da América do Norte e a do Sul, competindo ao Brasil, o monopólio da produção de açúcar e das grandes propriedades de terra concentradas na mão dos proprietários dos engenhos, um núcleo pequeno, que comanda um grande número de escravos, esse procedimento assinalará o desenvolvimento e a formação nacional.

No entanto, a expulsão dos holandeses do nordeste brasileiro impactou as transformações econômicas no início do século XVII. Segundo Furtado (1976) os holandeses se aprimoram junto aos portugueses, apreendendo as técnicas e equipamentos da indústria açucareira e levam-nas consigo para a América Central, principalmente nas ilhas do atlântico, onde se criam importantes núcleos produtores de açúcar, que ocasiona a decadência dos engenhos brasileiros. Para as colônias portuguesas evoluírem, era necessário buscar a independência perante a Espanha, já na metade do século XVII, encontravam-se ainda muito débil pela ameaça espanhola.

Após conseguir a independência, para manter-se como metrópole era necessário se aliar a uma grande potência, como a Inglaterra. Essa aliança mudará

a vida política e econômica do Brasil e de Portugal durante dois séculos. Este período, conforme explicitado na primeira seção, é considerada por Florestan Fernandes (1981) como o segundo modo de dominação externa, devido à influência inglesa no desenvolvimento da colônia. Como a Inglaterra dominava Portugal, por sua vez também possuía as colônias portuguesas, sendo assim, surgem nesse período os primeiros centros urbanos no Brasil, além de incentivo na especialização de mão-de-obra, bem como fomento do sistema financeiro e um mercado consumidor interno, por meio de uma política de produção econômica interna controlada indiretamente pela economia externa (FERNANDES, 1981).

Para Furtado (1976) foi ainda no mesmo século, o rápido desenvolvimento da produção do ouro no Brasil, que ocasionou uma grande acumulação, de tudo que aqui era produzido, por parte da Inglaterra devido a sua aliança com Portugal. Já para o Brasil, o ciclo do ouro propiciou uma grande expansão demográfica, com a vinda dos europeus, acarretando na diminuição da população escrava e aumento da população européia.

No final do século XVIII, o ciclo do ouro entra em decadência e a Inglaterra nesse período já havia entrado em plena revolução industrial, essa mecanização exigia da mesma um mercado consumidor e uma renúncia das atividades primárias. Passa a ser primordial à Inglaterra, abrir os mercados europeus para as manufaturas produzidas pela mesma, e eliminar a era mercantilista que vigorava até o momento. Nessa ocasião, a colônia luso-brasileira, torna-se um obstáculo para o mercado Europeu, para resolver esse problema era necessário incentivar e processar a independência da América Portuguesa juntamente com as classes dominantes que já estavam em ascensão no país (FURTADO, 1976).

Com a dinâmica da economia externa, e corroborada por esta, é que foi transferida ao Brasil a corte Portuguesa sob proteção da Inglaterra, transferindo automaticamente à Inglaterra os privilégios econômicos que passavam anteriormente por Portugal. Em virtude de vários acordos internacionais, após alguns decênios, Inglaterra deixa a tutela do Brasil, mas com algumas restrições, por exemplo, reconhecê-la como potência privilegiada, continuar fornecendo privilégios e limitando a soberania econômica do país (FURTADO, 1976).

Foi, segundo o autor, ainda na primeira metade do século XIX que o Brasil constituiu um período de transição, consolidou a integridade territorial firmando a sua

independência política. Durante esse século, marcou a consolidação do país, bem como o seu desenvolvimento, na medida em que o ciclo do café acendeu novamente a economia brasileira, ampliando as relações econômicas com os Estados Unidos da América – EUA, já que este passa a ser o seu principal mercado importador de café. Ao mesmo tempo finda o acordo que lhe garantia privilégios frente à Inglaterra, não alterando substancialmente a estrutura econômica baseada no trabalho escravo que vigorava desde os três séculos anteriores.

Do ponto de vista de sua estrutura econômica, o Brasil da metade do século XIX não diferia muito do que fora nos três séculos anteriores. A estrutura econômica, baseada principalmente no trabalho escravo, se mantivera imutável nas etapas de expansão e decadência. A ausência de tensões internas, resultante dessa imutabilidade, é responsável pelo atraso relativo da industrialização. A expansão cafeeira da segunda metade do século XIX, durante a qual se modificam as bases do sistema econômico, constituiu uma etapa de transição econômica, assim como a primeira metade desse século representou uma fase de transição política. É das tensões internas da economia cafeeira em sua etapa de crise que surgirão os elementos de um sistema econômico autônomo, capaz de gerar o seu próprio impulso de crescimento, concluindo-se então definitivamente etapa colonial da economia brasileira. (FURTADO, 1976, p. 38)

Assim, para Furtado (1976) o ciclo do café se distinguiu dos demais ciclos e baliza a transição econômica por gerar em seu interior um novo modelo para a economia brasileira, onde esta se tornaria autônoma. Isto teria ocorrido em virtude do ciclo cafeeiro ser produto de uma elite local, de filhos, descendentes das elites Européias que colonizaram o Brasil, e nesse momento inicia-se uma maior acumulação interna de reservas, capaz de concentrar uma esparsa poupança, o suficiente para dar início à industrialização brasileira, concentrada principalmente na região sudeste.

A acumulação interna oriunda da atividade cafeeira gera investimentos principalmente no sistema produtivo brasileiro, fomentando a evolução de um sistema financeiro. É nesse ciclo que o Brasil e também a Argentina e o Uruguai – com as suas economias e produção própria – diferem dos demais países sul americanos, por possuir certa estabilidade econômica, centros urbanos, além de ser uma periferia dinâmica das economias centrais. Consequência do processo de desenvolvimento realizado pelas elites locais, estas que são donas dos meios de

produção como as fazendas cafeeiras no Brasil, frigoríficos na Argentina e as pequenas indústrias de bens e consumo que servira para sustentar os ex-escravos e a população pobre que não tinha acesso ao que se importava (MARINI, 1969).

Essa não é a única grande contribuição no processo de desenvolvimento do sistema financeiro, não somente por questões internas, mas porque levou ao fim da escravidão, quando precisou de um mercado interno consumidor, dando consequência a uma imigração europeia que veio a ser mão-de-obra no Brasil. Assim foi no período do café e em suas crises que se criou um mercado consumidor amplo no país, e posteriormente viabilizou o investimento na indústria quando o café já não era capaz de garantir a taxa de remuneração do capital na mesma medida que anteriormente.

Pode-se denominar que essa etapa é a terceira forma de dominação externa, a qual Florestan Fernandes (1981) apresentou. Nessa etapa são encontradas características como a introdução de indústrias de bens e consumo, e a intensificação das operações bancárias, e ainda as economias dependentes continuam reféns das economias satélites, precisando destas para fazer a comercialização de seus produtos, transformada em mercadorias negociáveis.

A imigração é incentivada para a ex-colônia, pois o capitalismo é incompatível com a escravidão, o capital precisa assalarar a mão-de-obra nas fazendas e principalmente para o advento da indústria moderna. É na primeira metade do século XIX, que se promove a industrialização no Brasil, mas o país ainda era carente de bases técnicas, o que levou a alguns fracassos iniciais, mas com a economia cafeeira terá seu desenvolvimento industrial. As atividades financeiras marcavam um incipiente capitalismo, fundavam-se empresas industriais, bancos, companhias de navegação a vapor, estrada de ferro, transporte urbano entre outros junto à expansão do comércio em todas as suas modalidades (PRADO JUNIOR, 1978). Os grandes empreendimentos industriais como portos, ferrovias, obras urbanas financiadas sobre tudo com capitais estrangeiro primordialmente ingleses, inicia o atrelamento aos juros do empresariado (estrangeiro), mas consentia para um aumento populacional a procura de riquezas.

No assalariamento da mão-de-obra europeia, que chegava com expectativas de enriquecimento, deparou-se com um atrasado sistema agrícola em larga escala e uma incipiente indústria que utilizará de seus serviços. Cabendo-lhe acatar o que é

oferecido enquanto trabalho superexplorado, em condições vulneráveis suscetíveis a epidemias, diminui a vinda de mais imigrantes gerando protestos e greves, obrigando o governo da época traçar medidas para melhorar a situação em relação à saúde (ACURCIO, 20??).

Segundo Acurcio (20?? *apud Luz 1991*), para solucionar as epidemias, criou-se ainda na república velha⁸ (1889-1930), programas e serviços de saúde e higiene para sanar as epidemias urbanas e mais tarde as endemias rurais, adotando-se assim um modelo de campanhas sanitárias, inspirado no modelo campanhista bélico, ao qual “concentra *fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social*” (ACURCIO, 20?? *apud LUZ, 1991*). Para o restante da população que necessita de assistência médica procuravam a ajuda em hospitais filantrópicos da igreja ou na medicina caseira, quanto à classe dominante, essa era atendida por profissionais legais da medicina.

Esse progresso industrial estende-se à manufatura têxtil concentrando-se em centros urbanos devido à facilidade de mão-de-obra e matéria-prima. A sua prosperidade dar-se-á por dois fatores, uma pela população densa, marginal sem ocupação fruto de um sistema econômico de grandes lavouras onde a população pobre não encontrava lugar a não ser na relação senhor escravo, isso ocasiona em baixos preços ao trabalhador dos centros urbanos. Criando também ao sul do país, núcleos de indústrias manufatureiras têxtil, e concentrando a produção agrícola ao norte/ sudeste (FURTADO, 1976).

Para o autor, foi com o aumento da população tanto no sul como no sudeste, consequência da imigração e da população excedente dos ciclos anteriores como do açúcar, da mineração, que houve uma expansão do mercado interno e externo, como a comercialização de bens de consumo e matérias-primas. Enquanto na Europa ocorria revolução tecnológica, assistência médica e social para garantir ao trabalhador condições de vida que lhe permita trabalhar por mais tempo, evitando doenças nos ambientes insalubres das fábricas, por falta de alimentação, higiene, entre outras situações (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010).

As empresas têxteis que emergiam no país utilizavam de equipamentos de “segunda mão”, provenientes da Europa, que já estava na revolução tecnológica,

⁸ República velha, conhecida como primeira república, foi o período governado pelas oligarquias dos Estados mais ricos como São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

enquanto o Brasil se aproximava das suas tecnologias já ultrapassadas, ao qual Darcy Ribeiro (1978) denominou de modernização reflexa, que, diferente das economias de centro, se caracteriza por possuir trabalhadores com elevado nível de exploração pela classe dominante interna e pelo capital estrangeiro, o que gera à classe trabalhadora baixos salários e por consequência um mercado consumidor extremamente frágil. Isso reflete em um nível de vida precário, de acesso mínimo a bens de consumo a sobrevivência, caracterizando assim a realidade da periferia latino-americana, e configurando a função das políticas sociais perante a classe trabalhadora no capitalismo que será específica à América Latina, diferente do processo e da função assumida na política social na Europa .

Ao final do século XIX, a expansão da economia cafeeira, proporcionou uma grande acumulação de capital, que promoveu o início da industrialização, esta possuía uma função de atender às necessidades de uma mão-de-obra débil vinculada a agricultura. Contudo provocou uma diversificação e expansão da população, além do crescimento das cidades e surgimento de uma classe média urbana pequena e bastante ativa no processo político proporcionando às classes médias, ainda pequenas e emergentes, alguns benefícios como a educação e padrões de consumo superiores aos do restante da população assalariada ou não (STÉDILE; SAMPAIO, 2003).

Esse processo resultante do ciclo cafeeiro faz que o capital acumulado seja deslocado para outras atividades, em função da necessidade dos empresários nacionais de encontrarem aplicações para manter seus lucros. Assim, a demanda nacional, foi por produtos industrializados, para que as classes mais pobres tivessem acesso, pois o mesmo não ocorria aos produtos importados. Por isso, a demanda nacional fazia girar a produção interna, com uma indústria leve quase artesanal segundo Marini (1974), torna-se atrativa e viável, deslocar pequenas quantidades, das atividades principais para essas atividades secundárias de bens e consumo.

O desenvolvimento das indústrias no Brasil, quase artesanal, esbarra na necessidade de uma indústria pesada, de maquinaria, pois o cenário mundial assim o exigia. Enquanto neste cenário externo figuram as guerras mundiais, e implica à periferia uma demanda de industrialização, impondo produtos de bens e consumo para suprir a carência do mercado externo. Pois com as guerras, os países de

centro estavam voltados a produção industrial bélica, carecendo de outros produtos (URÁN, 1987).

O choque entre o segmento industrial e o agrário se dará no início do século XX, quando o primeiro busca uma expansão superior ao que permite o mercado interno do país. Ao esbarrar nos limites do mercado interno a saída que se mostra é a defesa do fortalecimento desse mercado, com políticas de redistribuição de renda e defesa da indústria interna com barreiras comerciais. Estas medidas entram em choque com o setor agrário que pelo seu caráter exportador está intimamente ligado às elites estrangeiras, e concentrador de renda desde sua gênese, vem a confrontar esses interesses de desenvolver nos países latino-americanos um mercado consumidor mais fortalecido.

É nesse cenário, que inicia o século XX, impondo a periferia do sistema o que as mesmas devem produzir. Assim o café deixa de ser o principal item da exportação brasileira. Para fomentar a indústria de base, petróleo, energia, siderúrgica e infraestrutura, além da consolidação de um mercado consumidor, necessita-se de grandes volumes de investimento, ao qual a iniciativa privada não possuía condições de aplicar. Para tanto, necessitava que o Estado fizesse esse investimento nas indústrias, e como o Estado estava voltado para agricultura isso implicava em deslocar recursos desta para a indústria.

Mas no cenário interno brasileiro, ocorria sucessão de governo da república velha entre as elites oligárquicas de São Paulo e Minas Gerais⁹. Devido à grande expansão e crescimento de São Paulo, esse queria que a maior parte dos investimentos fosse destinada ao Estado, e, quebrando a alternância ao governo, indicou novamente um representante, que por sua vez ganhou as eleições. Minas Gerais, não concordando com o feito e também querendo a sua parte, junta-se com as demais oligarquias brasileiras para tirar São Paulo do poder, nesse momento a elite do sul indica Getúlio Vargas que vem representar uma nova relação entre as elites brasileiras (URÁN, 1987).

⁹ A república velha, conhecida como república do café com leite devido a alternância de governo entre os dois Estados São Paulo maior produtor de café e com uma elite oligárquica economicamente forte e Minas Gerais produtora de leite e café, também uma elite forte, ambas alternavam o poder, o que acarretava em um maior investimento no Estado que estava no atual poder. As demais regiões do Brasil também possuíam suas elites, mas que não competiam à região sudeste, pode se destacar outras elites oligárquicas ao sul (Rio Grande do Sul) e no nordeste representada por Paraíba. As elites geradas da classe média comercial e sistema financeiro ainda eram pequenas no momento.

A chegada de Getúlio ao poder não foi um processo pacífico e sim marcado por lutas militares entre os grandes fazendeiros (Estados). Mas o período Vargas se inicia com a implantação de uma indústria pesada para o fortalecimento da industrialização no Brasil, marcando um novo período da economia brasileira sustentado num pacto de classe e nova correlação de forças entre as frações da elite nacional.

Nesse novo contexto, o Estado brasileiro passa a atuar com o intuito de ampliar as bases sobre as quais sustenta a economia, criando novas condições estruturais para o desenvolvimento capitalista brasileiro, condições que perpassavam pelo desenvolvimento das indústrias básicas em áreas estratégicas como a Petrobras, companhia siderúrgica nacional, empresa nos setor petroquímico entre outras. Assim, inicia-se também a regulamentação do mercado de trabalho como forma de constituir formalmente um mercado consumidor, ao mesmo tempo, que contribui para sobrevivência da mão-de-obra.

As políticas sociais desempenham no capitalismo um papel fundamental, seja na manutenção do desenvolvimento econômico ou na reprodução da classe superexplorada, permitindo por vias de políticas públicas compensatórias e focalizadas a continuação e a sobrevivência de mão-de-obra barata para as grandes empresas privadas, nacionais ou multinacionais.

É com o início do governo Vargas em 1930 que as políticas sociais, de forma ainda restrita, passam a atuar na garantia de direitos sociais e são assumidas pelo Estado. Anteriormente, havia algumas ações desenvolvidas filantropicamente pela igreja ou iniciativa privada no campo da saúde. Vargas ira implantar e regulamentar alguns direitos, mas serão restritos na medida em que são contributivos e destinados a uma parcela muito pequena da sociedade, pois se considerará apenas aqueles que possuem um trabalho formal com carteira de trabalho assinada. No entanto, não são todas as categorias e profissões que nessa época são reconhecidas pelo Ministério do Trabalho como profissão, restringindo ainda mais a cobertura desses novos direitos aos trabalhadores (ACURCIO, 20??).

A era Vargas (1930-1945), marcou o fim da hegemonia política da classe dominante ligada à exportação de café, livrando o Estado das oligarquias regionais e promovendo uma reforma política e administrativa. O governo foi à base de decretos, suspendeu a constituição de 1891, referendando uma constituição nova

em 1934, quando o congresso constituinte o aprovou. Encontrou dificuldade em governar democraticamente, após um período de confusão política instituiu a ditadura do Estado Novo (1937). Durante seu governo, centralizou a máquina do governo, bloqueou reivindicações sociais, pois julgava ser o pai tutor da sociedade, provendo-lhes o que julgava necessário aos cidadãos (ACURCIO, 20?? apud BERTOLLI FILHO, 1996).

Segundo Bufalo (2002) a era Vargas foi um regime populista com muitos elementos fascistas, ao mesmo tempo iniciou um projeto de industrialização básica, que era limitada devido as restrições para importar as tecnologias dos países centrais, a acumulada dívida e a falta de crédito externo. Vargas realizou uma série de reformas institucionais para desenvolver e fortalecer o mercado interno. Favoreceu o salário mínimo, sindicatos, protegeu a economia agrícola, transferiu recursos aos setores da indústria para fazer a economia crescer. Tentou homogeneizar o território, eliminando os regionalismos políticos, que se mantiveram devido às relações de clientelismo com a grande propriedade de terra (BUFALO, 2002).

Assim para Bufalo (2002), no segundo momento do governo chamado de Estado Novo, a crise assolou o mundo com a Segunda Guerra, tem-se dificuldade em importar insumos, o capital privado nacional encontra-se débil financeiramente. O Estado, então, assume as indústrias do ferro, eletricidade, fabricação de motores e outras, fornecendo investimentos diretos por meio dos rendimentos das empresas estatais com a Vale do Rio Doce e Companhia Siderúrgica Nacional. Essas políticas incentivaram o crescimento das indústrias. A aceleração da industrialização foi uma condição para a ocupação do território, e ampliação do mercado interno.

Em 1945, Vargas sofre um golpe militar pelo seu próprio partido. O general Dutra restabelece a institucionalidade democrática. O partido deste, socialdemocrata, é caracterizado pela política do coronelismo, controlam os votos pela coerção econômica, tal processo era reflexo do setor rural que vai contra a classe média e os trabalhadores urbanos. Mas Vargas volta ao poder em 1950, ao fundar um novo partido intitulado Partido dos Trabalhadores Brasileiros – PTB. Para voltar ao poder Vargas teve apoio do partido comunista e dos grupos de esquerda. Esse novo período é marcado pela tendência esquerdista-trabalhista, fundamentada

na industrialização e na urbanização. Em face de conflitos políticos, Vargas se suicida em 1954 (URÁN, 1987).

O próximo governo em meio de forte posição militar elege-se Juscelino Kubitschek (JK), que propõe transformar rapidamente a estrutura econômica e social, por meio do Plano de Metas, desenvolver cinquenta anos em cinco. O plano estabelece uma inversão do setor público para o privado, tecnologia moderna, a entrada de multinacionais e a construção de uma nova sede para a capital do Brasil em outra região ao norte do país. A falta de uma reforma agrária deixa os setores rurais a margem, fomentando o êxodo rural de pessoas que não tem qualificação para as atividades urbanas, ocasionando na falta de bens de consumo básicos para população e para as indústrias no início de 1960 (BUFALO, 2002).

Em 1961 a eleição de Jânio quadros significa a derrota do PTB, por parte da UDN – União Democrática Nacional, engendrado pelas forças armadas, mas seu governo durou pouco devido às medidas econômicas, externas e internas e com a aproximação com os países socialistas, e a relação diplomática com a união soviética; e, internamente, inflação, congelamento dos salários, crescimento da dívida externa entre outros fatores. Jânio renuncia em sete meses de governo, e gera uma crise institucional. O vice-presidente eleito por chapas separadas, João Goulart (Jango) pertencia ao PTB, e os militares e as classes dominantes não o aceitam no poder (URÁN, 1987).

Para Urán (1987), os militares associavam a imagem de Jango ao risco da segurança nacional e instalação do comunismo no Brasil. Nesse ínterim acontece a campanha da legalidade, alguns militares e políticos eram a favor do cumprimento das regras políticas, utilizavam dos meios de comunicação para obter apoio à posse do Jango, o que levou o enfraquecimento da possibilidade de golpe militar. Em 1961 assume o cargo de presidente. Mas os conservadores restringem o poder de Jango, instituindo pelo congresso de forma arbitrária um parlamento que impede aprovação das propostas políticas do presidente.

As propostas, e o plano trienal de Jango que pretendia diminuir as desigualdades, foi um fracasso, iam contra os interesses das classes dominantes, dos grandes proprietários de terra, e dos militares. Assim estes grupos arquitetam juntamente com as forças armadas e com o apoio estratégico norte-americano o golpe contra João Goulart. Formou-se uma tensão política, devido às manifestações

de caráter antagônicas, seguida pela rebelião de militares que apoiavam o golpe de imediato. Sob a liderança do general Olympio de Mourão filho, tropas de Juíz de Fora (MG) marcharam para o Rio de Janeiro com o claro objetivo de realizar a deposição de Jango. Logo em seguida, outras unidades militares e os principais governadores estaduais do Brasil endossaram o golpe militar. O senado declarou vacância do cargo, em seguida instaura-se o golpe militar de 1964 que perdurará por vinte e um (21) anos (IANNI, 2009).

Abril de 1964, instaurado o golpe, o Marechal Castelo Branco (1964-1967) é empossado presidente e lança o Ato Inconstitucional número um (AI-1), para cassações dos mandatos políticos e dos direitos políticos. Segundo Bufalo (2002) o general aplica uma política liberal, para acabar com a inflação, corrupção e levar o Brasil ao crescimento, por intermédio de grandes reformas institucionais para flexibilizar a economia. Durante o seu governo, foram criados vários instrumentos de controle, como o Serviço Nacional de Informações, órgão de inteligência ligado às Forças Armadas, além de uma lei de greve que, impedia a realização de greves de qualquer natureza.

A ditadura foi um período de exceção que os anseios populares eram controlados pelas forças, por meio também dos AI's – Atos institucionais. Políticas econômicas que promoviam o crescimento baseado em créditos externos, arrocho salarial (baixa de salários), e investimento do estado em infra-estrutura para propiciar o crescimento da iniciativa privada. Todas as políticas econômicas dos governos militares orientaram-se na mesma direção: incentivar a urbanização, modernização, inflação entre outras (IANNI, 2009).

O primeiro governo da ditadura criou o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), em substituição ao antigo sistema de estabilidade e de indenização dos trabalhadores demitidos, fundou o Banco Nacional de Habitação (BNH) que, obtendo os recursos do FGTS, deveria financiar a construção de casas populares, e também criou o Instituto Brasileiro de Reforma Agrária e o Estatuto da Terra. Abertura de remessas externas, facilitando os saques de investimentos estrangeiros, através da revogação da Lei de Remessa de Lucros implementada por João Goulart, beneficiando os investidores externos que investem no Brasil, o que caracteriza novos empréstimos foram negociados com o FMI. A expansão do crédito

externo permite a modernização das indústrias, com maquinaria externa, e aumento da produção interna nos próximos governos (COLEÇÃO CAROS AMIGOS, 2007).

O segundo governo ditatorial (1967-1969) enfrenta uma reorganização política de setores da oposição, os quais geram greves e eclodem movimentos sociais de protesto, entre eles o movimento estudantil universitário. Também neste período os grupos e organizações políticas de esquerda organizaram guerrilhas urbanas e passaram a enfrentar a ditadura, empunhando armas, realizando sequestros. O governo, então, radicalizou as medidas repressivas, com a justificativa de enfrentar os movimentos de oposição com a instauração Ato Institucional nº 5 (AI-5), com o fechamento completo do sistema político e a implantação da ditadura. Restringindo drasticamente a cidadania com ampliação da repressão policial-militar (COLEÇÃO CAROS AMIGOS, 2007).

Conforme a revista Caros Amigos, o terceiro governo ditatorial (1969-1974) é marcado por um amplo aparato de repressão. Por meio do AI-5, se configura o período da ditadura mais violento, com exílios, prisões, torturas e desaparecimentos de cidadãos. Com a censura, todas as formas de manifestações artísticas e culturais sofreram restrições, ao final deste período as organizações de luta armada foram dizimadas.

Na área econômica, o período entre 1968 e 1973, ficou conhecido como "Milagre Econômico" devido o crescimento econômico do momento que representou a fase áurea de desenvolvimento do país, obtido por meio da captação de enormes recursos e de financiamentos externos. Os recursos foram investidos em infraestrutura como estradas, portos, hidrelétricas, rodovias e ferrovias. Esse modelo de desenvolvimento beneficiou a economia, mas em longo prazo o país acumulou uma dívida externa cujo pagamento (somente dos juros) bloqueou a capacidade de investimento do Estado (COLEÇÃO CAROS AMIGOS, 2007).

O quarto governo (1974 - 1979) ainda na ditadura coincidiu com o fim do milagre econômico. O preço do petróleo em baixa causa uma crise no mercado mundial de recessão, além de ser a principal fonte energética do país. Essa crise do petróleo diminui fortemente os investimentos estrangeiros no Brasil, que interferiram negativamente na economia interna. O que dificultou a manutenção do governo devido altos custos militares (COLEÇÃO CAROS AMIGOS, 2007).

O MDB conseguiu expressiva vitória nas eleições gerais de novembro de 1974, principalmente as prefeituras da maioria das grandes cidades. Por essa razão, o presidente iniciou o processo de distensão lenta e gradual em direção à abertura e à redemocratização. Não obstante, militares radicais conhecidos como "linha dura", que controlavam o sistema repressivo, mostraram resistência à política de liberalização. Iniciam-se intensos conflitos internos nas Forças Armadas, decorrentes de divergências com relação à condução do Estado brasileiro. O golpe final contra os militares radicais foi dado com a exoneração do ministro do Exército (COLEÇÃO CAROS AMIGOS, 2007).

Ao término do quarto mandato ditatorial, a sociedade brasileira tinha sofrido muitas transformações. Os movimentos sociais e movimento estudantil começaram a se reorganizar. Em 1978, o presidente revogou o AI-5 e restaurou o habeas corpus. E consegue impor a candidatura do general João Batista Figueiredo para a sucessão presidencial, continuando a ditadura.

O quinto governo (1979-1985) e último da ditadura é caracterizado, pela aceleração do processo de liberalização política, o qual, teve como grande marco a aprovação da Lei de Anistia, que permitiu o retorno ao país de milhares de exilados políticos e concedeu perdão para aqueles que cometeram crimes políticos. O pluripartidarismo foi restabelecido. A Arena muda a sua denominação e passa a ser PDS (Partido Democrático Social) e o MDB passa a ser PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), além do surgimento de outros partidos, como o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT) (COLEÇÃO CAROS AMIGOS, 2007).

Na área econômica, não havia ação, pois os índices de inflação e a recessão aumentaram drasticamente. Depois dos episódios ditatoriais, surge em 1983 o movimento das Diretas Já, toda a população se mobilizou em defesa de eleições diretas para a escolha do próximo presidente da República. Mas o senado federal, não se sensibilizou com as manifestações gigantescas ocorridas em várias cidades. O Brasil manteve as eleições indiretas para as eleições de 1985 (COLEÇÃO CAROS AMIGOS, 2007).

Em 1984, a ditadura militar no Brasil findou-se com a transferência pacífica do poder aos civis, sem que isso ocasionasse uma ruptura da ordem social vigente. As forças políticas que faziam parte do pacto de dominação estabelecido desde o golpe

de 1964, representantes dos interesses industriais paulista, tentaram permanecer no poder apresentando um candidato à sucessão presidencial, o político paulista Paulo Salim Maluf, pertencente ao PDS.

Mas os influentes políticos do PDS, não concordaram com a indicação de Paulo Maluf como candidato oficial, abandonaram o partido, criando uma nova agremiação política o PFL (Partido da Frente Liberal), pois estes últimos eram, em sua maioria, representantes dos interesses da região Nordeste. Formando uma oposição ao PDS, PFL e PMDB fizeram uma aliança, a qual lançou um candidato, o político mineiro Tancredo Neves (PMDB) e como vice-presidente, na chapa de Tancredo Neves e apresentaram José Sarney (COLEÇÃO CAROS AMIGOS, 2007).

A eleição presidencial foi indireta, coube ao colégio eleitoral formado pelos parlamentares do Senado e Câmara Federal a eleição do presidente. Nas eleições indiretas de 1985, Tancredo Neves derrotou Paulo Maluf, com parte significativa dos votos. Porém, ele não chegou a tomar posse da presidência da República, devido aos problemas de saúde que levou a falecer em alguns dias. O estado de saúde de Tancredo Neves gerou enorme comoção social, que levou a população fazer inúmeras e intermináveis vigílias (COLEÇÃO CAROS AMIGOS, 2007).

Como a morte de Neves, colocou-se em dúvida a legitimidade da posse do vice-presidente José Sarney na presidência. Políticos da oposição temiam uma intervenção militar e conseqüentemente a ruptura do processo de redemocratização, mas a união das forças democráticas forneceu a base de apoio para o vice-presidente José Sarney assumir o governo ainda em 1985. Com inúmeras medidas governamentais visando o fortalecimento das forças democráticas, como a Emenda Constitucional que restabeleceu as eleições diretas para as prefeituras das cidades consideradas como áreas de segurança nacional. Desse modo, partidos políticos defensores de ideologias de esquerda, que atuavam na clandestinidade puderam se legalizar, tais como o Partido Comunista Brasileiro (PCB) e o Partido Comunista do Brasil (PC do B), entre outros. Mas o item mais importante da Emenda Constitucional foi a convocação de uma nova constituinte para elaboração de uma nova Carta-Magna.

O movimento em prol de uma nova constituição para o Brasil vinha sendo pleiteado ao longo das décadas de 1970 e 1980, que ganhou força crescente, por muitos atores sociais como a igreja católica na luta por justiça social, movimento da

anistia, e as fortes greves do ABC paulista por política social e trabalhista conduzem a necessidade de construção de uma nova cidadania no país, inclusiva e de completa ruptura com a ditadura (BRAVO, 2010). A instalação de uma Assembléia Nacional Constituinte de 1987-1988, não foi uma medida política "ofertada" à sociedade brasileira, mas respondeu a um amplo movimento social que recolheu experiências e iniciativas por todo o país, mobilizando entidades e pessoas as mais diversas (VERSIANI, 2010).

Para Versiani (2010), os processos que culminaram na constituinte, antecederam a promulgação da Carta de 1988 retratando inúmeros embates políticos, pela afirmação de direitos e pela ampliação das garantias de cidadania, com a participação intensa de vários movimentos sociais. A autora ainda ressalta que a enorme e inédita mobilização política de diversas instituições da sociedade brasileira, como os sindicatos, associações trabalhistas e de moradores, grupos sociais organizados como a da reforma sanitária em torno de ações e política de saúde pública, direitos das mulheres, dos negros, das pessoas com deficiência física, dos idosos, indígenas, crianças e adolescentes, presidiários e vários outros, cobrindo uma multiplicidade de segmentos sociais, temas e reivindicações.

Para Mota (2008), as condições a quais estavam submetidas os trabalhadores assalariados, no sistema capitalista inflexionado pelo padrão de acumulação dominante, incidia diretamente na organização dos trabalhadores. A reestruturação dos capitais, modificam os processos de trabalho por meio da flexibilização do mesmo, e redimensionando a intervenção estatal. É na década 1980, com a Constituição que a sociedade brasileira, institucionaliza os primeiros passos para o exercício da cidadania, de forma incipiente, no que se refere à seguridade social, e os novos direitos sociais, trabalhistas e políticos.

A carta Magna inaugura um *“novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social, que universaliza os direitos sociais, concebendo a saúde, assistência social e previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado”* (BRAVO, 2008, p. 88). É com esse marco, que a constituição brasileira intenta um processo de redemocratização. Expressa a defesa de algumas bandeiras de luta na constituinte, que envolveu questões políticas, econômicas, sociais e culturais das mais variadas.

Para Florestan (1989), esse processo democrático foi forjado à medida que a constituição foi um pacto entre a elite e a burguesia. E para legitimar a campanha popular, acordasse algumas reivindicações dos movimentos sociais, como por exemplo, à política de saúde; o acesso universal, igualitário, bem como a participação social, que logo, tais direitos são ignorados, pois a mesma legislação que os cria, também os nega, abrindo portas à iniciativa privada, de cunho privatizante, sem a participação popular.

A nova Carta permitiu que grupos sociais, até então excluídos das garantias constitucionais, tivessem reconhecidos seus direitos, além da criação de mecanismos para o exercício e a fiscalização desses direitos. Mas também, anulou esses mecanismos, que refletem as contradições das bancadas constituintes, e na sociedade como um todo (VERSIANI, 2010).

É a partir dessa compreensão das estruturas sociais da sociedade brasileira, em face das políticas sociais imbricadas e resultantes do processo sócio-histórico brasileiro, de contradições históricas, e dominação que se estende à atualidade, caracterizado no processo de dependência econômica latino-americana é que se faz importante discutir a Política Pública de Saúde, bem como os determinantes sociais na construção da mesma, que na constituição de 1988 transpareceu uma possibilidade de transformação social, mas que, em face das relações à constituídas entre as classes dominantes locais, vinculadas a burguesia estrangeira, assume configurações distintas aquelas postas no marco constitucional. Assim, a direção que constitucionalmente os direitos se localizam, não encontram efetividade no solo histórico de nossa realidade a partir dos anos 1990.

Os condicionantes de dominação do continente latino-americano, em especial o Brasil, traz na gênese das políticas sociais, outras configurações, desenhadas na sociedade por intermédio das orientações de organismos internacionais, pelas medidas neoliberais. Portanto, a análise da política de saúde, vem explicitar a crescente mercantilização dos serviços sociais na área da saúde, em detrimento da universalização dos direitos sociais promulgado na Constituição de 1988.

2.1.2 A formação Venezuelana

Para compreender as relações sociais e econômicas da República Venezuelana, bem como a dinâmica que assume a política social na esfera estatal, é preciso ser analisada desde o bojo da colonização espanhola que se distingue da América portuguesa e desenha no seu desenvolvimento sócio-econômico-cultural, peculiaridades que cabe apenas à região da grande Colômbia.

A colonização da costa caribenha e venezuelana inicia-se em torno de 1492, quando Colombo chega às ilhas do Caribe e encontra um grande número de indígenas, os captura para comercialização na Europa, e conseqüentemente passa a escravizá-los. Nas primeiras viagens ao novo continente, propunha-se somente ao tráfico dos indígenas, até mesmo realizada por outros países como Holanda, França, Portugal e os Ingleses (FIGUEROA, 1996).

A região era formada por algumas etnias, entre elas destacavam-se as que eram caçadores de pedras preciosas. Quando os espanhóis observaram os ouros coletados, não demorou muito para o Estado espanhol legislar a doutrina destes indígenas para serviço e obediência da coroa, bem como a continuidade da escravidão, autorizando também a descoberta de novas terras em torno do que se tinha na entrada do caribe. Assim, os índios são utilizados como mão-de-obra escrava para exportação, para a caça de pedras preciosas e para as plantações nas ilhas das Antilhas. Como a escravidão destrói os indígenas, por não ter grande capacidade de força produtiva, começa a substituí-los pelos escravos africanos (FIGUEROA, 1996).

Utilizando o pensamento deste mesmo autor, ressalta que o século XV e XVI são marcados pelo desenvolvimento do capitalismo europeu e desenvolvimento da burguesia, como já foi citado na colonização brasileira. Esse período leva os conquistadores e colonizadores a uma busca intensa de metais preciosos no território venezuelano. O território estendia-se desde o mar do caribe às grandes Antilhas. Os espanhóis formaram expedições que adentraram no território a fim de dominar os vales montanhosos bem como a extensão litorânea, mas os chefes guerreiros indígenas principalmente o exército caribenho conseguiram expulsar os castelhanos de suas terras, fazendo que estes fossem para as ilhas próximas (OBEDIENTE; VARGA-ARENAS, 2008).

Para estes autores, existiam no ocidente da Venezuela sociedades hierarquizadas, com alto grau de desenvolvimento e organização, nas quais se evidenciava um trabalho produtivo agrário para reprodução do grupo social, além de bens naturais processados como tecidos, plumas de pássaros entres outros produtos. Na colonização, os espanhóis tiveram a oportunidade de assimilar uma infra-estrutura agrária avançada, em paralelo aos hábitos disciplinares de trabalho e política que facilitou o enquadramento dos indígenas na sociedade classista que impulsionou o sistema colonial. Ao contrário das comunidades do oriente venezuelano, localizada ao lado do Lago Maracaíbo, que determinou um grande período de luta anti-colonial, em períodos do século XVIII e outras no século XIX.

Mas em outros espaços do ocidente venezuelano, os indígenas continuavam a viver nos seus antigos espaços territoriais, porém, sobre um novo sistema de propriedade, ao qual cultivam e produzem manufaturas tradicionais com processos de trabalho melhorados devido à introdução de máquinas como o arado, o tear de pedal, além de cultivos comerciais europeus e asiáticos de alta produtividade que fortificam a economia doméstica e a mercantil. Essas novas formas do processo de trabalho, processos diferentes de acumulação de capital, aumentaram a desigualdade social à época (OBEDIENTE; VARGA-ARENAS, 2008).

Estes autores descrevem que as guerras de resistência dos povos do caribe contra os colonizadores perduram até meados do século XVIII. Essa resistência resultou na exterminação e redução das etnias indígenas, mas só perdurou devido à ajuda dos ingleses e holandeses que eram inimigos dos espanhóis e forneciam armamento, estímulo de bens de consumo, proporcionando uma rota comercial a companhia das Índias Ocidentais, em troca de proteção a escravidão por parte dos Holandeses aos indígenas e minerais. Por outro lado havia parte da Venezuela oriental ocupada pela coroa espanhola desencadeando um desenvolvimento de cidades, mercadorias solicitadas pela coroa, e comércio da pesca de perolas.

Ainda nesse período, algumas atividades econômicas se destacam como o desenvolvimento mineral do ouro, metais puros, pecuária, cacau e tabaco que mantinha a exploração do território com a intensa escravização negra para substituir a mão-de-obra indígena. Os colonos que tinham concessão da coroa para explorar o ouro, devido às altas taxas da colônia investiram na agricultura, plantações que

passaram a serem atividades fundamentais no território venezuelano (FIGUEROA, 1996).

Utilizando o pensamento deste mesmo autor, o desenvolvimento da propriedade agrária nos vales centrais permite a formação de latifúndios coloniais bem como a formação de uma classe orientada a monopolizar a terra e outras condições de produção. Toda produção de bens, agrícola, pecuária, tabaco ou de minerais ocorria em face de exportação à coroa espanhola. Processo de colonização que não difere muito da colonização brasileira e das características que se configuram nos distintos países como periféricos e dependentes do sistema econômico financeiro capitalista.

Assim o processo ao qual desenvolve a economia colonial teve como base duas etapas significativas, a primeira etapa com a coleta da pérola e a mineração do ouro, e a segunda etapa da agricultura, ambas assinalam os interesses dos espanhóis na colonização e na expansão do território venezuelano no sentido ocidental. Na etapa agrícola a terra passa a ter um papel central no modo de produção, pois a economia interna se organiza em função dos colonos e dos futuros setores sociais brancos e criolos que assumiram o poder da terra por meio de monopólios e da exportação escravista e servil de mão-de-obra (FIGUEROA, 1996).

Os missionários que vieram para colônia catequizar os indígenas para obediência e servidão à coroa desempenham um papel importante. A igreja cumpriu um papel econômico junto aos centros urbanos, local em que se desenvolviam os centros comerciais, a atividade da igreja passa pela formação do capital comercial e do capital financeiro devido a acumulação de capital eclesiástico, que correspondiam aos latifúndios da igreja e das instituições eclesiásticas (FIGUEROA, 1996).

No século XVIII, ao fim da dominação espanhola, os custos sociais muito elevados pela metrópole espanhola e pelo comércio da rótula do triângulo, afetam a população mais humilde. As etnias da região centro-oriental do país, formada principalmente pelas etnias do caribe juntaram-se ao sistema *missional*¹⁰. Ao juntarem-se, conseguem seu fortalecimento criando um projeto político e econômico, cujas idéias provinham dos padres, ideários humanísticos combinado ao um

¹⁰ O sistema missionário "*funcionaba como una empresa de propiedad corporativa, gestionada por un reducido número de misioneros que eran, a su vez, individuos versados en muchas áreas del conocimiento: religioso, humanístico (...) y em el comercio internacional*"(OBEDIENTE; VARGA-ARENAS, 2008, p. 42). Era formado por 28 missões comunales, com uma gestão política e uma burocracia colonial, desenvolviam uma série de produtos mercantis e extrativistas.

moderno capitalismo que desencadeava uma agricultura e pecuária extensiva, uma transformação artesanal e produção de ferramentas e cerâmicas para o comércio das Antilhas e Europa. Nesse sistema, os freires atuavam como gerente dos espaços missionais, mas coube aos índios do caribe a formação de uma massa crítica de supervisores e trabalhadores que sustentou o projeto. Foi então, devido ao enorme capital mercantil das missões e a sua força de trabalho que se formou a ideologia de trabalho moderno estabelecendo em Guayana a luta pela independência venezuelana em 1821(OBEDIENTE; VARGA-ARENAS, 2008).

É nesse processo de insurgência popular e guerras que os povos latino-americanos formados pelas populações indígena, negra e parda insurgem à independência da nação venezuelana.. Enquanto a Europa passa pela revolução francesa de Napoleão Bonaparte, com ideais iluministas, deixavam os povos venezuelanos na retaguarda, pois poderia ser o fim do movimento popular e continuação da dominação e da oligarquia no país (IZARD, 1986).

Com a prisão do rei da Espanha por Napoleão, a elite crioula venezuelana passa a aceitar um espaço de reunião com a livre participação dos criolos, mas ainda essa questão era emblemática visto que só tinham direitos políticos os nascidos de espanhóis. E nesse ínterim havia de um lado a elite que queria a continuação da submissão do país a metrópole e do outro os criolos patriotas que queriam a autonomia da capitania. Miranda, militar de Caracas, vislumbrado pelos ideais liberais, instaura o pensamento libertário de um grande império latino-americano do sul dos Estados Unidos a Argentina, por meio das independências (TURCI, 200??).

Aliou-se a Miranda o crioulo e militar Simon Bolívar, grande defensor da independência que passou a ser o líder dos criolos patriotas, enquanto Miranda teve que fugir do país porque os líderes revolucionários não o viam “com bons olhos”, pois achavam que queria transferir a colônia para dominação inglesa donde ele provinha. Durante o processo de independência, tentativas de dominação do poder e guerras, Bolívar chega ao poder como *El Libertador* (TURCI, 200??).

As *missiones capuchinas* devido ao seu desenvolvimento industrial na área têxtil, pecuária, agricultura entres outras para exportação, obteve uma grande acumulação proporcionando a transição da economia feudal para capitalista moderna com desenvolvimento da indústria e do capitalismo industrial metropolitano.

As missões custearam a reestruturação da república, permitindo a formação do território, o funcionamento administrativo a compra de armamento, salário para os legionários estrangeiros, tomadas das missões entre outras estruturas. Estes arquitetavam um desenvolvimento endógeno capitalista, para sustentar a independência política e financeira por meio de uma base de semi-indústrias e agropecuária (OBEDIENTE; VARGA-ARENAS, 2008).

Porém, os ingleses querendo à porta de entrada das colônias espanholas e portuguesas, posteriormente toda América, fuzilaram os missionários, assim como o general que comandava o Estado, convertendo as *missiones* em rebanhos de gados, e liquidando toda estrutura das semi-indústrias (OBEDIENTE; VARGA-ARENAS, 2008). Assim, a Venezuela volta a se desenvolver a partir da monocultura, e da exportação de matérias primas e dependente das condições estrangeiras (IZARD, 1986).

Desde a independência, muitos conflitos marcaram a república venezuelana, a elite nacional aliada ao capital estrangeiro, em face dos movimentos populares, e da oligarquia nascente na independência seguiram numa guerra em larga escala conhecida como a guerra federal;

Ainda na primeira república, a partição desigual das terras, as rivalidades entre conservadores e liberais e a imposição dos interesses da oligarquia nacional em detrimento dos camponeses e populações originárias, desencadeou um movimento de caráter social e político de grandes magnitudes que ficou conhecido como Guerra Federal (1859). (ROCHA, 2009, p. 24)

Segundo a autora, esse período foi de conflitos, mas o movimento popular caiu com a morte de Ezequiel Zamora, líder social, o movimento fundado no liberalismo, conseguiu aprovar alguns pleitos populares como a igualdade jurídica e o direito ao voto. Mas o povo continuou passando por profundas desigualdades, na medida em que o poder político e econômico continuava nas mãos das elites nacional.

Com a interferência dos estrangeiros, para manter a estabilidade e continuar com a mesma ordem, favorecendo o comércio europeu, assume um militar, Antonio Guzmán Blanco governou como um monarca absoluto. Colocou a Venezuela no âmbito do capitalismo internacional, prospera a agricultura, e investe com recursos

externos em ferrovia, siderúrgica, entre outros. Apesar da república, possuir poucos recursos, Blanco enriqueceu extraordinariamente, reunindo as maiores fortunas da América Latina (IZARD, 1986).

Após o domínio de Blanco, reaparecem os períodos anteriores de guerra. As trocas de poderes disputados entre liberais e oligarquia, ora com apoio popular ora contra. As guerras liberais com golpe de Estado duraram até meados de 1902, depois de inúmeras guerrilhas em toda república, começam os tratados de paz com diversos dirigentes rebeldes, a ordem só foi restabelecida em 1903. A guerra dos mil dias devastou a Venezuela, grande parte da população dizimada, produção paralisada, moeda desvaloriza. Após a longa ditadura militar, ao final do século, Juan Vicente Gómez assume o governo ditatorial, foi o único governo formal após a independência que reestruturou todas as regiões que formam a república da Venezuela (IZARD, 1986).

Gómez foi capaz de controlar todas as forças, esmagar as forças insurgentes que não querem a modernização. Por meio de seu poder centralizador, utiliza os recursos da exploração do petróleo, montado uma estrutura institucional do Estado, redes rodoviárias acabando com os redutos isolados de fazendeiros e militares, consolidando um Estado nacional, defendendo os interesses do capital internacional, dos comerciantes, entre outros. Permitiu a entrada das multinacionais para explorar o petróleo sem mudanças internas no país, anistiou os militares e os neutralizou, distribuiu terras baldias do governo para os necessitados, que, para o governante militar, a paz, união e trabalho possibilitariam o funcionamento do governo. Organizou a escola militar, a guarda pessoal, adotaram-se instrumentos mais eficazes como o avião, lanchas, telégrafo para controlar todos os espaços. (IZARD, 1986).

Em 1916, cria-se a lei de tarefas, a qual decreta trabalho forçado e gratuito nas obras públicas para os presos por delitos políticos e comuns e os camponeses livravam-se do serviço militar trabalhando para o governo dois dias no mês durante dois anos. Governo este marcado por muito medo, sistema de horror e servidão. Seu governo não durou só pelo terrorismo e militarismo, mas pela corrupção, um grande número de venezuelanos e muitos estrangeiros lhe pediam favores e o deviam também. (IZARD, 1986).

Para este autor, foi à maior ditadura da Venezuela que durou até a sua morte em 1935. Em seu governo aumentou o interesse dos países industrializados pela Venezuela devido a produção de petróleo, produto estratégico na guerra europeia, nos combustíveis e motores. Com isso, Venezuela passou a um país mono-exportador, no entanto, a terra ainda era a grande propriedade nas mãos de pouco.

O crescimento urbano, a concentração de terras e a necessidade de matérias primas para exportação, o assalariamento do campesinato na década de quarenta levou ao início dos ensaios da reforma agrária (IZARD, 1986). Segundo Bufalo (1985) o período de 1945 a 1948 foi democrático e inspirou às primeiras propostas de políticas desenvolvimentistas, o país havia entrado na substituição de importações¹¹.

Segundo o governo bolivariano de Venezuela (2008), a Venezuela passou por um período de transição datado de 1936 a 1958, ao qual se denominou de república petrolífera e urbana. Este período foi marcado por algumas características políticas, o governo atende algumas necessidades da população em relação a economia e na participação do petróleo, convertendo-a em mono-produtora, e criando o êxodo rural em busca de melhores condições de vida. O Estado converte a economia para si, investindo e criando o banco industrial e um banco central da Venezuela, com investimentos privados, modernização dos meios institucionais e investimento em infra-estruturas como saneamento e rodovias (RENA, 2008).

A segunda guerra mundial limita o comércio internacional, fomentando o início de uma indústria nacional moderna, junto com a necessidade de rever o aparato agrícola em virtude do comércio local, mas principalmente para exportação. É nesse ínterim que se promulga a lei da reforma agrária, mas não se efetiva devido a queda do governo. A Segunda Guerra Mundial faz a população venezuelana quadruplicar, os europeus migram para América. Investimentos massivos são

¹¹ A política de substituição de importações é difundida na América Latina e no Caribe a partir da CEPAL (Comissão Econômica para América Latina e Caribe), trata-se de uma política com objetivo de industrializar as economias da região para superar o que chamavam de deterioração dos termos de troca. A teoria da deterioração dos termos de troca, a partir da análise dos preços das mercadorias produzidas em comparação com os preços das importadas, pelos países Latino – Americanos. Concluiu que a condição de exportador primário e importador de manufaturados causava desvantagem comercial a esses países, que necessitavam exportar cada vez mais para importar uma mesma quantidade de bens. Dessa forma os adeptos dessa perspectiva teórica defendem a promoção da industrialização como forma de superação desse entrave estrutural ao desenvolvimento do subcontinente.

realizados em novos setores como ferro, indústrias básicas de petroquímica e siderúrgica, energia, em fim processo idêntico as países periféricos que dependem das economias centrais, as quais orientam o sistema econômico, e financeiro (RENA, 2008).

A Venezuela entrou tardiamente no comércio internacional com o petróleo. Esse atraso reflete-se em todos os setores econômico, cultural e social, pois começara a fortalecer-se no desenvolvimento industrial na década de 1940. Somente no fim dessa década o petróleo chega ao mercado, criam-se universidades de engenharia petrolífera e refinarias. Este período acentua a diferença da Venezuela aos demais países da América Latina. Há uma grande exportação de petróleo para a segunda guerra mundial e sua etapa posterior que implicará na proliferação de estabelecimentos industriais (8.025 estabelecimentos) e o emprego de 47 mil trabalhadores, o processo industrial assume um ritmo mais rápido que o resto da América.

Em conformidade com REDA (2008) a incorporação de intensa maquinaria e inseticidas aumentam o setores agrícolas, acelerando o crescimento do desenvolvimento econômico. Na década de 1950 a população urbana ultrapassava a população rural, e o setor industrial continuava crescendo, enquanto na zona rural diminuía a produção agrícola. A produção de petróleo triplica e os benefícios do Estado também. Furtado (2008) refere-se ao país que seu produto bruto se iguala aos países desenvolvidos da Europa, porém apresenta todas as características de um país subdesenvolvido, com grandes disparidades de produtividade entre diferentes atividades produtivas, além da desigualdade na distribuição de renda entre as zonas rural e urbana e as classes de mesmo patamar, baixos padrões de consumo da população e altos níveis de analfabetismo entre outros.

Mas na década na década de 1970, esse produto decaiu, surgindo a crise do petróleo, que afeta muito o país por ser o principal produto comercializado e estar muito dependente do mercado externo, gera enorme inflação ao país. Para manter a política de financiamento as indústrias e agropecuárias como antes o fazia, teve que solicitar créditos ao exterior para manter a política econômica, tornando a organização financeira mais complexa, instituições privadas de créditos e financiamento (IZARD, 1986). Ainda nessa década cria-se a lei orgânica, que garante ao Estado a Indústria e o Comercio dos hidrocarbonetos, a nacionalização

da indústria até 1992, com a criação da empresa de extração de petróleo PDVSA (Petróleos de Venezuela S.A) (LANDER, 2005).

Para Furtado (2008) a baixa do petróleo levou a um endividamento externo, para manter a industrialização, além disso, o endividamento acompanha a história do país desde a grande crise mundial de 1929. Leva a contenção de gastos públicos, inflação reforçando a dependência ao conjunto da economia do petróleo. Esse endividamento externo acarreta na década de 1980 uma política de ampla abertura externa:

As máximas do Consenso de Washington tornaram-se consensuais entre as elites locais não apenas porque traziam em si as possibilidades de reestruturação da dívida, proposta pelos Estados Unidos, e que porque correspondiam ao saber dominante dos mais influentes *money doctors*, mas porque favoreciam um bloco de interesses que, no contexto da instabilidade da década de 1980, ganharam crescente influência política: os detentores de riqueza que depositavam seus saldos nos bancos credores das dívidas externas (que passaram para o setor público), os produtores de bens não comercializáveis, em particular, os bancos e produtores de *commodities* que detinham o principal fluxo de divisas escassas. (FURTADO, 2008, p.147)

O autor ainda ressalta que em toda a década 1980, a Venezuela manteve uma taxa de inflação elevada, diferente dos demais países latinos. Já na próxima década, o preço do petróleo estava em baixa, estabeleceu uma crise cambial permanente para o país, e na metade da década de 1990 introduziram-se reformas liberais semelhantes aos demais países da América do Sul, por meio de um programa chamado de “Agenda Venezuela”, que foi implantado no país, ocasionando uma desregulamentação do mercado de câmbio, elevação da taxa de juros, a privatização, e a abertura do setor petrolífero ao capital privado externo, além da crescente autonomia da Petróleo de Venezuela (PDVSA) em relação ao governo.

Nesta mesma década o país passava por amplos conflitos institucionais, acentuando o declínio econômico. Ao final da década de 90 culminaram as crises, com marginalização social e econômica, além da exclusão política com uma frustração que chegou às classes médias, nesse momento surge Chavés como efeito rebote produzido pelo colapso do velho sistema. Nesse processo de substituição do velho sistema clientelista por outro sistema, o governo se consolida

em 2003 com implantação de uma política social denominada de misiones, e com ajuda Cubana (BUBALO, 2007). A partir de 2003 as rendas do petróleo aumentam favorecendo a recuperação econômica, com a expansão dos gastos públicos, expandindo para os investimentos sociais e atividades econômicas em outros setores além do petróleo, além de criar um fundo para o desenvolvimento econômico e social do país vindos da renda petroleira.

Segundo Frías (2004), a América Latina passa por enormes injustiças de ordem econômica mundial submetida ao neoliberalismo e que são as raízes da fome e da pobreza nos países subdesenvolvidos e dependentes. Por meio da dívida externa à economia mundial, ou países centrais impedem o desenvolvimento social do continente latino, ocasionando um pagamento de serviços da dívida muito maior do recebimento e da qualidade da “ajuda”. E ainda são submetidos a altas taxas alfandegárias aos produtos exportados em sua maioria agrícola, acarretando um enorme prejuízo.

O autor afirma que para combater a situação de pobreza, os recursos financeiros são importantes e necessários, mas não suficiente. É necessária a participação dos pobres nas decisões que modelam a vida social, não existe poder político que faça as ações de combate à pobreza sem os pobres e os recursos financeiros. Somente os recursos financeiros serão ações apenas paliativas, e nunca soluções.

É nesse contexto que surge na Venezuela no final da década de 1980 o movimento popular *caracazo*, aonde a população vai à rua em protesto ao aumento de tudo, mas, principalmente contra o plano econômico neoliberal que havia sido aprovado para Venezuela.

O *Caracazo* segundo Gott (2004) foi uma rebelião em Caracas em 1989. A população da periferia, e do subúrbios da cidade, indignados com aumento da passagem de ônibus, que havia duplicado, começam a protestar espontaneamente. Essa revolta urbana foi o ápice do descontentamento da população com o sistema vigente, a qual mostrava enormes desigualdades, marginalização social e econômica, além da exclusão política que chegará às classes médias. Em pouco tempo toda população foi às ruas protestar contra a injustiça, e o plano econômico neoliberal que fora aprovado alguns dias antes da rebelião (GOTT, 2004).

Ao início dos anos 1990, o tenente-militar Hugo Chávez, após o movimento de resistência popular *caracazo*, intenta um levante militar progressista com projeto social (golpe) em 1992, mas acaba por ser encarcerado. Em 1994, Chávez, sai da prisão, se inicia a organização de um movimento nacionalista, pautando o ideário de “Bolívar”, com o protagonismo popular das massas. Essa bandeira torna-se vitoriosa nas eleições de 1998, com o então presidente Hugo Chávez no poder (ROCHA, 2009).

A autora ainda traz que, após a ditadura de Pérez Giménez (1950-58) marcada por intensa violência e repressão total dos direitos civis e políticos. É instituído um período de alternância entre dois partidos COPEI – Comité de la Organización Política Electoral Independiente e AD – Acción Democrática que durou por quarenta anos até a eleição de Hugo Chávez 1998, o período ficou conhecido como a IV República, democracia representativa (BARROS, 2006).

Assim inicia a Revolução Bolivariana¹² com o governo chavista, e por meio das missões sociais, aos quais objetivam o poder para os pobres, com impacto social e político nas políticas sociais de massa (ROCHA, 2009). Em 1998, abre a possibilidade de continuar com idéias de emancipação da Pátria, tal qual engendrou outrora o libertador Simón Bolívar que foi traído pela oligarquia de seu tempo (FRÍAS, 2004).

Segundo Barros (2006), a Venezuela é uma economia rentista¹³, desde a descoberta do petróleo em 1928. A relação da mesma com o Estado ocorre em dois momentos antagônicos, de 1960 a 1970 o excedente petrolífero é investido em vários setores sociais, dada a altas taxas de exportação do mesmo. Já no período seguinte 1980 a 1990 ocorreu o inverso, devido a queda da taxa do produto, apenas os grupos próximos ao Estado e a PDVSA (criada em 1976) se beneficiam da renda petrolífera (BARROS, 2006).

A exclusão de grande parcela dos setores sociais repercutira nas eleições 1989 e 1999, aos quais os discursos eram a volta dos tempos áureos, que acabou

¹² Bolívar, conhecido como Somón Bolívar lutou pela independência da América Latina, construindo o sonho da pátria grande, todos unidos num só continente, contra as injustiças, a exploração e a desigualdade social. Seu projeto nacionalista-latino-americano propunha um socialismo originário, a partir de nossas origens, respeitando a terra, e principalmente os indígenas. Ficou conhecido como o Libertador por desbravar as independências da Grã Colômbia (países hoje formado por Bolívia, Colômbia, Equador, Panamá, Peru e Venezuela). Dado pensamento de formar outro modelo de sociedade, inspira hoje o Bolivarianismo da Venezuela (FERRADAS, 2005).

¹³ Rentista, porque toda renda e riqueza advêm do petróleo. A riqueza vem majoritariamente do exterior, por intermédio da apropriação de um excedente da exportação petrolífera (BARROS, 2004).

não se concretizando, pois ambos os governos aderiram as reformas neoliberais ao primeiro sinal de crise, que se aproximava as orientações do Consenso de Washington. Como medida estava a privatização da PDVSA e desregulamentação de seus serviços ao setor privado com a diminuição dos tributos e *royalties* repassados ao governo e o desmonte do Estado, conhecido como *El Paquete*, devidas as inúmeras reformas aceleradas de abertura do mercado interno, fim de subsídios ao setor público, e também a população entre outras ações (BARROS, 2006).

Barros (2006) analisa que nas eleições de 1998, a alternância do poder entre os partidos do pacto de *Punto Fijo*¹⁴ veio a ruir, permitindo o militar e ex-golpista Hugo Chávez chegar ao poder, este considerado uma alternativa latino-americana para romper com o Consenso de Washington e sair do neoliberalismo. Após golpes fracassados, por não ter a base popular, e o movimento *Caracazo*¹⁵, este movimento popular, sem liderança política inconformada com a situação em que se encontrava o país. Com expansão da privatização, aumento brusco de vários produtos evidenciará as contradições do modelo vigente, da falsa representatividade e da necessidade de uma democracia, que encontrará em Chávez ainda preso, que é referência do bipartidarismo venezuelano (BARROS, 2006; ROCHA, 2009).

Assim em 1993 o governo de Carlos Andrés Pérez sofreu *impeachment* por corrupção e em seu lugar assume por meio de um processo eleitoral Rafael Caldera, com discurso anti-neoliberal, mas que no poder retoma as reformas liberais de Pérez com a “Agenda Venezuelana”, dando continuidade às privatizações (BARROS, 2006). Há uma necessidade em redundar a república que se expressa na candidatura de Chávez em 1998;

As conquistas obtidas pelos processos participativos, no que se referem ao aprofundamento da luta democrática-revolucionária, foram fortalecidas decisivamente como triunfo eleitoral ao presidente Hugo Chávez Frías, em 1998. Depois das eleições houve a bela jornada de construção e aprovação da nova Constituição Bolivariana em 1999; a relegitimação dos poderes governamentais em 2000, depois de promulgada a nova Carta Magna Bolivariana; o confronto vitorioso do povo nas ruas contra o golpe de abril de 2002, em defesa das garantias constitucionais e do mandato presidencial; a derrocada da sabotagem petrolífera em 2003; a expressiva derrota da oposição no referendo revogatório e nas eleições posteriores,

¹⁴ É marcado pela alternância de poderes entre dois partidos COPEI – Comité de la Organización Política Electoral Independiente e AD – Acción Democrática durante quarenta anos, caracterizados por corrupção, repressão e reformas neoliberais.

ambos em 2004. Hoje não há qualquer recurso pacífico e institucional para a direita chegar ao poder. (PAIVA, 2005, p.110)

É com o início da Revolução Bolivariana¹⁶ em 1998, é que começam as transformações sociais, econômicas, culturais e ideológicas na Venezuela. O governo adotou varias leis e programas que habilitam as mudanças, como a lei da terra, energia e minas; programas sociais por meio do Plano Bolívar 2000; escolas bolivarianas; aumento de salários aos trabalhadores e empréstimos aos pequenos e médios empresários; construção e reparação de moradias entre outras ações que permitem o sonho bolivariano de dar poder aos pobres, mudando as condições de vida e garantindo direitos sociais e políticos (FRÍAS, 2004).

Com o governo de Chávez, surge no continente latino, um novo projeto de sociedade, configurado na participação política popular no controle do Estado e nas tomadas de decisões que perpassam a democracia representativa liberal estabelecida aos demais países do continente. Contudo, possibilita a formulações de políticas sociais que permitem o protagonismo do povo na garantia de direitos e na dinâmica nacional (FRÍAS, 2004).

Para concretizar o acesso de todos os venezuelanos excluídos do país, vivendo em morros, em bairros afastados e periféricos, o governo bolivariano cria as *missões sociais venezuelanas*, para um efetivo desenvolvimento bolivariano nas soluções de problemas seculares da população humilde, e para reduzir a pobreza. Por intermédio de condições estruturais, construir uma nova sociedade, que não seja por programas de benefícios, mas sim programas definitivos que permitem com recursos bem empregados, resolver problemas como educação, saúde, fome, terra, emprego entre outras. Experiência essa inédita na América Latina (FRÍAS, 2004).

Uma revolução democrática bolivariana que permite democratização da riqueza, formas alternativas de produção interna, ampliação do acesso ao poder político que mobilizam a população para um exercício cotidiano de vigilância política que as coloca na centralidade das ações governamentais (PAIVA, 2005).

Depois de decorrido o processo histórico da formação do Estado nacional e da república bolivariana de venezuelana. No intuito de compreender a formação e o

¹⁶ A Revolução Bolivariana segundo Álvarez (2009), o processo de transcender a economia capitalista e avançar na construção de um modelo socialista, através do enfrentamento do desemprego, da pobreza, e da exclusão social. Promovendo a construção de um novo modelo produtivo, participativo e incluyente centrado na organização coletiva/ participação popular para o trabalho a produtividade da soberania sobre os recursos nacionais.

desenvolvimento, deste país periférico, assim como o Brasil, mas com processo de colonização ímpar e algumas peculiaridades em relação ao Brasil, dada a revolução bolivariana que projeta um novo modelo de sociedade. Faz-se necessário discutir a construção das políticas sociais na área da saúde, para compreender as configurações assumidas enquanto país periférico e dependente do sistema capitalista, em face das orientações neoliberais que privatizam as estruturas do Estado redimensionando as políticas sociais, estas que são financiadas pela economia rentista.

3 POLÍTICAS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA

É na dinâmica de acesso aos direitos que discutiremos a privatização da política pública de saúde, que segundo Ouriques (2001), parte da racionalidade econômica, através de ajustes estatais de origem financeira, ou capital financeiro. Este é denominado por Florestan Fernandes de quarta fase de dominação, onde a lógica do capital é diminuir os gastos dos Estados latino-americanos com as políticas sociais, repassando as ofertas de bens e serviços às empresas privadas/sociedade civil, focalizando as políticas sociais aos que realmente necessitam das mesmas, tirando o acesso público e universal.

O movimento do capitalismo avança nas políticas sociais, desfazendo direitos sociais conquistados pelos movimentos sociais e pelas classes trabalhadoras, mercantilizando os serviços sociais como educação, saúde entre outros, focalizando a política pública para os que dela realmente necessitam, e para os demais cabem a opção de pagar pelos serviços antes fornecidos pelo Estado. Esse processo de transformações capitalistas é conhecido como modelo neoliberal¹⁷, onde acontece a valorização do mercado, e somente este conduz a economia, mercantilizando também as políticas públicas, através da privatização dos serviços antes oferecidos pelo Estado, agora por empresas privadas ou subvencionadas pelo Estado (MAZZUCO et al, 2007) .

Conforme Mota (2008) as políticas de proteção social têm origem na Europa, com o reconhecimento público dos riscos sociais do trabalho assalariado, que repercutem em políticas de seguridade. Behring (2008) analisa que estas políticas são fruto das primeiras legislações e medidas de proteção com destaque na Alemanha e Inglaterra ao final do século XIX, que caracterizam dois modelos de seguridade a qual Boschetti e Salvador (2008, p.51) colocam o modelo bismarckiano da Alemanha tem por *“objetivo assegurar renda aos trabalhadores em momentos de riscos sociais decorrentes da ausência de trabalho”* é comparado com um seguro privada, dada a contribuição direta anteriormente para acesso futuro. Já o segundo modelo o Inglês de Beveridge surge no pós guerra mundial com objetivo principal

¹⁷ Este modelo, para Feijóo (2008) configura-se na política econômica que integram pacotes de recomendações e orientações como condições de concessões de créditos pelos organismos internacionais, que designado pelo padrão de acumulação vigente. Que predisões de investimentos no setor privado da economia e otimização de recursos na área social.

de combater a pobreza e instituição de direitos sociais a todos os cidadãos, onde são garantidos os mínimos aos que necessitam.

Assim Bravo (2008) coloca que em decorrência da industrialização nos países centrais, o Estado assume a política social para manter a ordem social e mediar às relações entre as classes sociais. Todos os direitos sociais foram conquistados pela classe trabalhadora devido às reivindicações das mesmas, ou para atender ao capital. Após a segunda guerra mundial, estende-se a abrangência das políticas sociais na Europa por intermédio do *Welfare State*. Este se caracteriza por uma campanha com variados padrões de proteção social, baseado no modelo Beveridgiano, o qual cobria parte da população na promoção de bem-estar social, e uniformização dos benefícios com determinados programas e ações sociais, colocando como papel do Estado tal função (BEHRING, 2008).

Segundo Paiva (2006) a Política Social é um mecanismo, ao qual permite socializar os custos ou excedentes da força de trabalho a sociedade. Mas também, é um mecanismo utilizado pelo sistema capitalista para controle das classes sociais, de exploração e manutenção da força de trabalho, a que Machado (2004) considera ser intrínseca e inseparável da política econômica no aprofundamento da acumulação capitalista.

Assim, introduzida à perspectiva a qual será utilizada a política social, se faz necessário contextualizar o seu surgimento no mundo capitalista. Para entender a formação de suas estruturas no continente latino-americano, bem como as peculiaridades que a política social apresenta nas relações sócio-históricas constituídas no cone sul. E, ainda, compreender o processo histórico ao qual passa a ser função do Estado prover tais políticas, sobre a égide teórica da Dependência apresentada nesta pesquisa.

Nesse sentido, o surgimento da política social na América Latina, também foi após a segunda guerra mundial, com o crescimento das cidades e da industrialização, porém em momentos distintos conforme exposto na seção anterior. Na configuração sócio-histórica do Brasil, surge no governo de Vargas na década 1930 e no processo da Venezuela foi concebida na década de 1950 ainda no governo Pérez Giménez, ambos os períodos são marcados por êxodo rural e ascendência industrial nos respectivos países, cada qual ao seu tempo.

Na periferia do sistema capitalista, as políticas sociais cumprem uma nova configuração no papel do Estado de direitos. Assumem funções diversas, tais como a função econômica e política pública de dever do Estado, mas também, como papel central na luta de classe, com a mobilização social e a participação popular que no processo de disputa do espaço no interior do Estado frente à elite nacional, consegue avançar em conquistas de direitos via mobilização, resultando na formação de políticas públicas, em decretos, em leis entre outras normatizações que asseguram o que foi logrado. Assim, as políticas públicas configuram-se, no enfrentamento entre as classes sociais no interior do Estado e nas contradições geradas por estas (OURIQUES, 2001).

Segundo Paiva (2009), os sistemas ideológicos e de poder ditados pelo sistema colonial, ainda não formam inteiramente rompidos no continente latino-americano, os processos de emancipação não possuem tanto fôlego frente ao dinamismo econômico, político burguês instaurados via colonização e ascensão do capitalismo-monopolista.

Esse controle dos países de economias centrais sobre as economias latinas caracterizam a nossa condição de periferia do sistema econômico-capitalista de superexploração da força de trabalho e da estrutura política condicionada a um Estado privatizado e de uma democracia representativa por seus eleitores, que pouco inclui a participação popular (PAIVA, 2009). É acerca dessa discussão que permeia as relações sociais, principalmente no que tange os determinantes estruturais de dependência, na exploração dos povos latino-americanos.

Conforme apresentado na primeira seção, as burguesias latino-americanas corroboram aos interesses das burguesias centrais, lucrando em parceria com esta, pois os interesses privados de ambas estão empenhados na exploração do subdesenvolvimento, permitindo a continuação do sistema com características coloniais que vigora até o século XXI em grande parte do continente (FERNANDES, 1981).

Assim, a manutenção dessas economias periféricas, está centrada na desvalorização da força de trabalho, ou o assalariamento, além da desvalorização das mercadorias produzidas no cone sul, as quais Marini (1991) analisa se uma relação de intercambio desigual. Mas *“esto implica que las naciones desfavorecidas deban ceder gratuitamente parte del valor que producen (...) en favor de aquel país*

que les vende mercancías a un precio de producción más bajo, en virtud de su mayor productividad” (MARINI, 1991 p.10) Sendo o trabalho como única fonte real de valor deve também, ser explorado em altos níveis, o resultado disso é que na América Latina o trabalhador recebe um salário muito menor que nos países desenvolvidos, resultando num grau de exploração acentuado. O trabalhador é obrigado a gerar grandes quantias de mais valia, para a geração de um excedente suficiente, assim é possível remunerar os capitalistas brasileiros e das economias de centro (MARINI, 1974).

Nesse sentido Netto (1992 *apud* PAIVA; OURIQUES, 2006) coloca como funcionalidade da política social do Estado burguês é garantir a ordem capitalista que se expressa na preservação e controle da força de trabalho, por meio das regulamentações das relações trabalhistas. Para Paiva (2009) a superexploração do trabalho é um condicionante de subalternidade da classe trabalhadora, que exacerba as condições de reprodução e de existência da mesma.

O Estado cumpre a função de solucionar os problemas sociais resultantes das explorações do trabalho (OURIQUES, 2001), as quais se configuram nas expressões da questão social. A exploração gera a concentração da acumulação de capitais na mão de uma minoria da população, condicionando a outra parcela da mesma. Esta é a maioria, desprovida de riquezas, e sem condições de garantir o mínimo para sobrevivência humana, obrigada a continuar na subalternidade, cabendo-lhe apenas, sua força de trabalho como gerador de riquezas, e de mercadoria.

As políticas públicas desempenham no capitalismo um papel fundamental, para além do controle das classes sociais, manutenção da ordem, e do desenvolvimento econômico. Permitem que estas políticas possam subsidiar a sobrevivência das classes subalternas. E são nas arenas políticas, através das forças sociais e seus embates junto ao Estado, versus as expressões da questão social que se constroem as políticas sociais, como garantia de direitos sociais, a partir da construção de direitos mínimos (MERHY, 2006).

Conforme Netto (2003) a construção das políticas públicas, é um processo de disputa, que se constrói no interior do Estado. Este possui dupla função, a de garantir o processo do sistema capitalista, mas também de legitimar a ordem burguesa, é nesse último que se realiza a “democracia política”. É o espaço ao qual

acontece o tencionamento, pode não ser suficiente, mas é impossível pensar em política social e conquistas subjetivas sem o espaço da democracia política (NETTO, 2003).

A política social na América Latina assume segundo Paiva e Ouriques (2006) peculiaridades que as configuram em modelos diferentes ao então reproduzido, modelo europeu de política social. Para Vieira (2001) a política social de Bem-Estar Social, conhecida como *Welfare State*, aconteceu somente em países altamente desenvolvidos. Pois, nestes, era possível desenvolver um Estado de pleno emprego e com amplos serviços sociais, devido o desenvolvimento acelerado e pelos investimentos, do Estado, do privado e da poupança popular, o que não se configura nos países periféricos da América.

O autor, ainda explica que a política de Bem-Estar Social, nunca existiu para além da Europa, o que se teve no subcontinente americano, foi a intervenção do Estado no domínio econômico e social, no sentido de assegurar e garantir alguns serviços sociais, caracterizada como emergencial e setorizada. No entanto, pode se explicar a realidade latina apresentada nas políticas sociais, que não tem coerência entre si, as políticas não são articuladas, parecendo uma operação “tapa buraco” (VIEIRA, 2001).

Nessa perspectiva, Paiva e Ouriques (2006), ainda explicam as condições da dependência latino-americana na estruturação das políticas sociais. Assim, coloca os autores, que a política social está no âmbito da reprodução da força de trabalho como mercadoria, aprisionada a lógica da dominação e da exploração burguesa, tais políticas são assentadas no direito ao trabalho. Em decorrência dessa característica se aplica a especificidade do continente sul americano, devido a 66% da população está inserida no mercado de trabalho informal, que representam altos níveis de desemprego e salários baixíssimos (PAIVA; OURIQUES, 2006).

Nesse sentido, a dificuldade de trazer à discussão das políticas sociais, para além do assistencialismo ou populismo as massas expropriadas, vistas como um gasto social. E sim refletir as políticas no âmago dos direitos sociais, da cidadania, na superação da regulamentação do trabalho assalariado, no sentido de acesso ao excedente produzido pela força e das riquezas socialmente produzidas. É nessa nova configuração sócio-histórica latino-americana que Paiva (2005, p.122) coloca;

É necessário insistir na questão do potencial político emancipatório que as políticas sociais podem promover, porque o radical acesso a direitos sobleva o alcance das políticas públicas, como primeira forma de distribuição das riquezas produzidas no seio do processo revolucionário, então pacificado pela institucionalidade democrática, como é o caso venezuelano. Assim, o processo de implementação das políticas públicas pode contribuir para nutrir a radical democratização dos modelos institucionais das políticas específicas, expressão do protagonismo de um número sempre crescente de cidadãos, nessas frações do patrimônio econômico-sócial coletivamente erigido.

É por esse viés, que as políticas sociais latino-americanas vêm a insurgir como acesso à riqueza social, e a democratização das relações do poder político, potencializando a luta popular para efetivação de uma sociedade mais justa, na erradicação dos diversos mecanismos e processos de dominação e de exploração que perduram ainda hoje no continente (PAIVA, 2005).

Contudo, discutir a política pública de saúde como parte desse processo engendrado no capitalismo burguês de uma periferia dependente, é que se faz necessário entender que as políticas sócias nas estruturas latinas assumem outra configuração. O percurso sócio-histórico latino-americano pode ser o mesmo, mas na estratificação e desenvolvimento dos Estados nacionais, onde se disputam as políticas públicas não enquanto dever do Estado, mas reflexo da luta de classe e da participação social dará sentidos diferente a política publica de saúde, dada os processo que submeteram Brasil e Venezuela, seja na incorporação das medidas neoliberais e pela revolução bolivariana respectivamente, ocorridas nas ultimas décadas do século XXI.

É no intento de compreender as configurações do Estado frente às políticas sociais que resultaram na política pública de saúde, em ambos os países é que será discutido a seguir. E a partir de movimentos que repercutiram as lutas sociais no âmago do Estado, como foi o movimento da reforma sanitaria e o movimento bolivarianismo, que se mostrou em dados momentos no Brasil e na Venezuela, com suas respectivas políticas públicas de saúde, ambas com intuito de caráter universal, porém construídas por diferentes atores sociais, que repercutem distintos meio de organização e formatos.

Mas ambos os países, diferem na implementação e estrutura da política pública de saúde, desde o financiamento até o caráter universal da mesma, que a

princípio poderia ser o elo entre os respectivos países, porém a peculiaridade do novo modelo de sociedade venezuelano não permite compará-las. É nesse sentido que se pretende explicitar ao longo da pesquisa, o grau de orientações neoliberais assumidas pelo Estado em decorrência de economias periféricas dependentes, face aos organismos externos como FMI – Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial, e o Consenso de Washington a partir da década de 1990, nos processos de privatização assumidas pelo Estado.

3.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E NA VENEZUELA.

3.1.1 Brasil: Política de Saúde

A saúde no Brasil inicia-se como ação isolada, ora da sociedade civil ora do Estado. Segundo Da Ros (2006), o movimento em torno da questão saúde procede junto ao surgimento de transformação do capitalismo no mundo (1830-1870), nas questões relativas a exploração da classe trabalhadora como muitas horas de trabalho, ambiente sem saneamento, gravidez nas fábricas em menores, pouca comida entre outras coisas. A questão de saúde à época é vinculada a medicina social, cujas condições sócio-econômicas eram determinantes para alteração do processo saúde-doença, bem como o modo de produção. Tais fatores potencializaram a conquista de direitos fabris.

Com a descoberta da associação causal entre a bactéria e a doença, rompe-se com a medicina-social, o médico não se preocupa mais com sociedade, rompendo com determinação social. A saúde emerge no Brasil no início do século XX, como uma questão social (BRAVO, 2008). O século é marcado pelo modelo unicausal de saúde-doença, ou biomédico. Por meio da fundação Rockefeller estadunidense, pilar do capitalismo norte-americano financiara universidades, pesquisas, estudos e ensino do modelo de medicina centrado no fragmento do ser humano, biologicista, hospitalocêntrico, e unicausal. Assim se estabelece o modelo de medicina especializada como verdade e ciência (DA ROS, 2006).

O uso de exames e medicamentos é super valorizado, desenvolvendo assim o poderoso complexo médico-industrial, gerador de imensos lucros sobre a doença. Nesse mesmo processo, os Estados Unidos, entende que saúde pública pode ser

ensinada como especialização, por meio biológico e culpabilização da vítima. Essa lógica será implantada por muito tempo no Brasil com investimento da fundação Rockefeller, na primeira escola de saúde pública (DA ROS, 2006).

A saúde no Brasil, ainda na república velha (1889-1930) cabe ressaltar com Nunes (1998), baseadas na higienização visando a manutenção da força de trabalho, outras ações foram geradas na cafeicultura no combate de endemias e epidemias dando início aos saneamentos que resultavam no modelo sanitarismo-campanhista. Entre 1922 a 1931 algumas ações foram realizadas no âmbito do Estado, localizado no centro oeste, como projetos de saúde e ações educativas voltadas a higiene, a lei de indenização de acidente de trabalho (1919), o conselho nacional do trabalho (1922), a lei Eloy Chaves (1923) que dá início a incipiente previdência social com a criação da caixa aposentadorias e pensões (NUNES, 1998).

A partir de 1930 a política de saúde toma caráter nacional, com a criação do Ministério de Educação e saúde, com práticas em campanhas sanitárias e higienização. As políticas dessa década a 1948 são consideradas técnico-assistenciais, vinculado a questões políticas (NUNES, 1998). O período que se estende a década 1970, a política de saúde é incorporada pelo sistema previdenciário e que passou por estruturas diversas desde as antigas caixas de aposentadoria e pensões (IAP's) para os trabalhadores organizados até chegar num sistema intitulado de Instituto Nacional de Previdência Social – INPS que ofereciam serviços de médicos aos trabalhadores, enquanto a parcela da população que não estava no trabalho formal dependia de estabelecimentos filantrópicos e privados (DA ROS, 2006 ; CONH *et al*, 1999).

A dicotomia estabelecida nesse período entre serviços públicos e privados de saúde, a ascensão da política social para responderem as expressões da questão social. Dado processo desenvolvimentista do Brasil e de industrialização coloca o Estado a intervir na criação de parelhos que contemplem os assalariados urbanos, no tocante da habitação, condições de higiene e saúde. Na década de 1950, a corporação médica hospitalar já estava montada financiada pelo Estado a interesse da produção produtiva e da elite (Bravo, 2008). No período da ditadura, foi implementado no Brasil o Sistema Nacional de Saúde, caracterizada pela continuação do financiamento das instituições previdenciárias, e a hegemonia da

mercantilização da saúde, por meio de reformas institucionais, a unificação das contribuições previdenciárias para gerir os trabalhadores formais, excluindo do sistema os trabalhadores rurais e urbanos informais (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Na década de 1970 as reformas de clínicas e hospitais privados com dinheiro público, em especial da previdência social, incentivou a expansão de universidades de medicina privada e a medicina curativa. No final do governo Médici apresentava os sinais de desgaste do modelo político e das conseqüências sociais, devido a concentração de renda. A insatisfação com o governo militar, ocasionou em amplos setores da população vulnerável e a classe media retiraram seu apoio ao regime militar. O modelo desenvolvido mostrava-se, em estudos e pesquisas, ser maléfico, a qualidade de saúde da população. A articulação dos movimentos sociais torna-se mais frequente conforme mostra (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 62);

Tornam-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, e ampliaram-se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente. Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais de saúde – principalmente médicos, acadêmicos e cientistas – debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor saúde (...) tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões à democracia.

É nesse processo que vem a ser redemocratização do Brasil, que insurge o movimento da Reforma Sanitária. Forjando nas lutas sociais, na oposição ao modelo médico-industrial, chamando o Estado a assumir a saúde para si, por meio de um Sistema Único de Saúde que configurará na década de 1980 com a carta magna, a qual foi fruto de muitos embates político-sociais.

3.1.2 Venezuela: Política de Saúde

A política de saúde na Venezuela segundo Gonzáles e Lacruz (2007), inicia-se na década de 1950 ao tempo que o processo de industrialização se intensifica também. A modernização elitesca como o autor coloca, propunha-se a investir recursos do petróleo nos setores privados, em projetos de industrialização. Mas

também investir recursos do petróleo para gerar uma economia interna produtiva e diversa. Assim os recursos eram direcionados a população, para garantir sua qualidade de vida a fim de garantir uma mão-de-obra qualificada para a modernização da indústria.

O Estado democrático surge com a proposta de transformar as estruturas do Estado venezuelano no sistema de Bem-Estar europeu, com a proteção de serviços sociais básicos e universais. Dificuldades em implantar uma política social de acesso universal nos serviços básicos mostra-se de início por meios do plano econômico, e da forma que se desenham as políticas sociais (GONZÁLES; LACRUZ, 2007).

O sistema econômico transferia grande parte dos recursos para o setor privado, investindo em empresas para que o crescimento da mesma englobasse, maior parte da população dentro da mesma com intuito de fomentar o desenvolvimento nacional com investimentos do Estado. Assim a política social se ateve em reforçar capital humano para o capitalismo industrial, por meio da distribuição de serviços básicos como a educação, saúde e principalmente serviços de saneamento básico (GONZÁLES; LACRUZ, 2007).

O autor também coloca que esses serviços básicos só eram possíveis, devido abundância de recursos da renda petroleira, que não dependia do setor privado. Como estas políticas estavam voltadas para a modernização da economia, e formar capital humano com garantia de educação e saúde, além de sistemas de seguro social, subsídios nos bens de consumo. Era visível que estas políticas não tinham caráter de transformação da sociedade venezuelana, eram paliativas e não melhoravam as condições de vida da população, mas favoreciam as elites nacionais. As políticas sociais configuravam-se como paternalistas, com vínculo clientelista e dependente que não gerava condições que favorece o trabalho a produtividade e a relação com Estado, apenas destinava-se a transferir recurso à população (GONZÁLES; LACRUZ, 2007).

Na área da saúde houve expansão médica, condições de salubridade e diminuição de morte infantil, podem cobrir a maior parte das regiões venezuelanas. A lei do seguro social assume o mesmo perfil do Brasil, contributiva e somente aos trabalhadores com atenção médica a família. Porém na década de 1990 com a baixa do petróleo e a crise da dívida externa, esses indicadores ficam estagnados, ouve escassez nos investimentos das políticas sociais (GONZÁLES; LACRUZ, 2007).

O resultante da crise foi à diminuição de salários, diminuição na qualidade de vida, desemprego e redirecionamento dos gastos da área social, só para manter a saúde e educação. O reajuste econômico coloca os investimentos na área da saúde, expandindo-se no setor privado, privilegiando a atenção curativa e hospitalar. Tal reajuste impunha atender os grupos sociais mais vulneráveis, por meio da concepção neoliberal de um Estado, periférico e dependente. Assim a intervenção na área social era mínima, cabendo aos cidadãos a responsabilidade sobre a sua situação social e econômica (GONZÁLES; LACRUZ, 2007).

Tal situação de ajustes econômicos, e medidas neoliberais impulsionaram o país na deslegitimação do Estado. A exclusão de grande parcela dos setores sociais repercutira nas próximas eleições, permitindo o militar e ex-golpista Hugo Chávez chegar ao poder em 1998. Este considerado uma alternativa latino-americana para romper com o Consenso de Washington e sair do neoliberalismo.

Após o movimento *Caracazo*, movimento popular sem liderança política, inconformada com a situação em que se encontrava o país expansão da privatização, evidencia-se as contradições do modelo vigente, da falsa representatividade e da necessidade de uma democracia, que encontrará em Chávez ainda preso, é referencia do bipartidarismo venezuelano (BARROS, 2006; ROCHA, 2009).

Nesse ínterim surge a revolução bolivariana como possibilidade de continuar os ideais de emancipação do país, transcender a situação de miséria e forjar com a participação popular um novo modelo de sociedade, de socialização da riqueza e participação dos cidadãos na vida política e social do país. Assim a saúde, no bojo desse movimento democrático e revolucionário assume por meio da *misiones* um novo sentido, para além da lógica mercantilista e biomédica.

3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A MISIÓN BARRIO ADENTRO

3.2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

A política social como mecanismo de manutenção do sistema, mas acima de tudo de lutas de classe no inteiro do Estado, atendendo as reivindicações e pressões populares, configura-se a política pública de saúde no estado capitalista brasileiro. Assim, no processo de redemocratização do Brasil, após longos anos de ditadura e repressão.

A política Nacional de Saúde propagada na ditadura enfrentava uma tensão permanente na ampliação de serviços e no acesso a recursos financeiros, em face do modelo médico-industrial em contra partida a emergência do movimento sanitário. As reformas não sanavam as ações curativas comandada pelo setor privado. A crise do milagre econômico (1974) repercutia seus efeitos sobre a população, forças sociais organizados na luta pelo espaço político, na volta da democracia (BRAVO, 2008, 2010).

Entre as categorias que se organizavam no enfrentamento do Estado, cabe destacar os sindicatos operários, categorias profissionais da saúde/médicos, trabalhadores rurais, parte da igreja, movimentos sociais urbanos, entidades da sociedade civil entre outras. A política econômica inflacionária tinha como consequências desemprego, crescimento da mortalidade e de doenças, bem com a pauperização da classe trabalhadora. Esses elementos geraram tensões sociais e violência urbana cujo governo não era possível controlar (BRAVO, 2010).

A insatisfação de grande parte da população junto à pequena burguesia, a classe media e segmentos das forças armadas, o momento caracteriza-se como uma crise social e política. Diante da polarização da sociedade questionando o regime militar e exigindo a instauração do estado de direito e de uma constituinte. A saúde passa a ser incorporada na luta pela democracia, contando com novos sujeitos e por condições de vida da população (BRAVO 2008, 2010).

Assim, o movimento sanitário organizou-se a partir da classe média, perpassa os profissionais da saúde, e incorpora outros sujeitos na defesa do setor público objetivando a superação do binômio saúde X doença (CAMPOS, 2006). O movimento sanitário constrói amplos debates oficiais na década 1980, defendendo serviços integrados de saúde, pautando atenção básica à saúde, bases regionais. A

contestação de um sistema de saúde pública governamental, democrático, com participação popular, universalização dos serviços é a bandeira do movimento (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A Reforma Sanitária deu início pelo movimento sanitário inicialmente constituído por um conjunto de intelectuais e técnicos nos anos 60, ao longo do tempo ganhou o reforço e as contribuições das lutas de diversos setores da sociedade civil (sindicatos, associações, e partidos). Tinha como um dos objetivos a politização da saúde, mas também a inclusão da sociedade civil, bem como os profissionais de saúde no debate das políticas de saúde (BRAVO, 2010; SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Estes autores ainda discorrem que outro fator da política pública de saúde é a desvinculação da saúde curativa, do binômio saúde X doença, por meio das práticas sanitárias que introduzem novos conceitos de saúde como o desequilíbrio do homem com seu meio ambiente, novas teorias como a medicina social com prevenção e prática política. É como o processo de democratização brasileiro e com a 8ª Conferência Nacional de Saúde que a Reforma sanitária toma corpo e aderência dos movimentos sociais na tirando os princípios da Reforma Sanitária e levando para a comissão da constituinte.

Após a transição da ditadura para um momento de novo pacto social do país a redefinição da política de saúde contava com uma proposta política bem articulada. O processo político contou com vários fóruns coletivos, para elaborar a proposta de política de saúde. Foi com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, convocada em 1986, pelo governo, com intuito de subsidiar a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, por meio das resoluções finais da conferência, formatar a política de saúde, submetendo a apreciação direta da sociedade. Devido ao clima de redemocratização, a conferência teve participação de diferentes atores sociais. Esta foi considerada um marco, mas também um êxito, por configurar em agenda da saúde, com a incorporação de requisitos básicos, defendido pelo movimento da reforma sanitária (MENICUCCI, 2007).

Segundo este autor, após a conferência formou-se um comissão nacional de Reforma Sanitária, composta de forma paritária pelo governo e sociedade civil, na elaboração de uma proposta para constituinte no governo. Apesar das contradições dessa comissão, conseguiu-se aprovar condições mínimas para implantação da

Reforma Sanitária. A questão de saúde conseguiu ultrapassar a análise setorial, considerando a sociedade em sua totalidade, para corrigir as históricas injustiças sociais, abrangendo as classes subalternas e tornando-se de acesso universal à saúde (BRAVO, 2008).

Conforme a análise de Bravo (2008), a assembleia constituinte era composta por grupos antagônicos como os setores privados farmacêuticos, hospitalares, e do outro lado o grupo da RS que levava vantagem dada à formulação antecipado de um projeto constitucional, e prioritariamente, dado os instrumentos de luta, de mobilização social e pressão constante na constituinte. Após os embates e acordos políticos o texto constitucional saiu com parte das reivindicações da reforma sanitária, mas em contra partida mantém a situação da indústria farmacêutica e pouco altera o setor privado dos hospitais;

- O direito Universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder públicos sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde. Integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (BRAVO, 2008, p. 93).

A carta magna de 1988 deixa várias questões em aberto, como orçamento entre outras, ou seja, pouco definidas, mas traz uma evolução histórica para o Brasil, uma grande conquista, a Seguridade Social. Esta vem a organizar de forma inovadora as iniciativas do poder público, e da sociedade no que regulamenta o acesso aos direitos da previdência social, saúde e assistência social, garantindo através de um conjunto integrado de ações do Estado, assegurando direitos e proteção aos trabalhadores. (Boschetti; Salvador, 2008).

Para Campos (2006) o Sistema Único de Saúde, conquistado pela reforma sanitária e os demais movimentos, foi regulamentado pela lei 80.080 de 1990 foi acompanhada também pelos sanitaristas, na criação de um sistema de espaços de gestão participativa. Traçando como princípios do SUS a universalidade aos serviços de saúde, o atendimento integral, a igualdade, a descentralização, a participação popular entre outros (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde traz também um novo conceito de saúde, chamado de Saúde Ampliada, no sentido que saúde é um resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e outras formas que são determinantes nas relações sociais e na organização social de produção e desenvolvimento social (DA ROS, 2006).

Assim o Sistema Único de Saúde, enquanto política pública e dever do Estado tem como pressuposto o direito universal, equidade, integralidade, hierarquização e controle social efetivados na lei 80.080 e 80.142 de 1990, que ainda em 1990 já sofria uma fragilidade, pois alguns artigos foram vedados pelo presidente, cujo ministro da saúde era um diretor de hospital privado, do complexo médico-industrial. É nesse conturbado processo político de lutas, que se garante o direito à saúde na constituição, mas na sua efetivação cotidiana, assume um novo processo de disputa dos movimentos sociais, dada o poder político na mão da burguesia nacional. Após a constituição de 1988, criam-se leis, decretos, normas operacionais que vão tanto regulamentar o direito à saúde como dismantelar.

3.2.2 A Misión Barrio Adentro

A política pública de saúde na Venezuela também passou por um processo de constituinte, e principalmente de manifestações sociais levando a constituição a fugir dos padrões de democracias representativas ocidentais¹⁸ para uma democracia

¹⁸ Segundo Frias, a democracia na Venezuela é chamada de bolivarianismo, pois transcende a democracia representativa para uma democracia participativa. Com a constituinte, regulamentou-se uma nova estrutura governamental, onde é centrada na participação popular, não como conhecemos no Brasil de alguns espaços como conferências, conselhos de direito. Mas outra lógica de participação protagonista nos espaços públicos e privados, não há separação como na lógica liberal. Por meio da *missiones*, instrumentos que tem objetivo de politizar a população, ofertar acesso as diversas políticas públicas e garantir a população qualidade de vida. Nesse sentido, a democracia venezuelana se faz em todos os espaços, sem destinação de autarquia. As populações se organizam em cooperativas, associações, para transformar as debilidades individuais em coletivas, que implica em chegar à independência, autonomia, liberdades para os indivíduos. Este organizado conseguem

participativa. Na Venezuela as transformações sociais entram em curso meados de 1999, com a queda da democracia representativa, ao qual Ouriques (2005) denomina de Revolução Democrática Bolivariana¹⁹, dada a elevada participação popular e suas especificidades.

A nova configuração de Estado que se estabelece no país é calcado na luta nacional popular de caráter antiimperialista, ou seja, contra as medidas neoliberais, quem a assume é o então governo de Hugo Chávez. Para Ouriques (2005), todo projeto democrático deve ter como pilares fundamentais a soberania nacional, justiça social e o exercício democrático do poder. Nesse aspecto, a revolução significa o rompimento total com antigo regime político, ou uma mudança política radical, que por ora foi desenvolvida no país venezuelano (OURIQUES, 2005)

Para este autor o bolivarianismo surge como oposição ao regime político existente no país, assim para alcançar a autonomia nacional, é preciso democratizar o Estado. Para ter autonomia se faz necessário a democratização, assim se configurou um nacionalismo tardio. Nesse sentido, o processo de democratização passa pelo excedente produzido por meio do petróleo rentista, as transformações bolivarianas viabilizam as políticas sociais via excedente rentista, o Estado passa a ser para uma maioria e não mais uma minoria como nas ditaduras instaurados no processo histórico do país (OURIQUES, 2005).

Para Frias sua grande bandeira foi a Constituição da Republica Bolivariana da Venezuela, pretende um processo de uma mudança política no país, a qual Rocha (2009) coloca que pela primeira vez o Estado venezuelano incorpora a constituição os direitos dos povos originários, direitos ambientais, sociais e outros. A constituição reorganiza o espaço político na sociedade, colocando as decisões a partir da comunidade do consentimento popular (VIEIRA, 2005).

A participação direta do povo abate o sistema representativo que figura nos demais países da América Latina. Para PAIVA (2005) esse modelo bolivariano de poder, é considerado de práxis bolivariana, dadas as iniciativas comunitárias e

conquistar uma melhor qualidade de vida, bem como acompanhar os serviços e estruturas do estado, realizada diretamente pela população. Por isso, o bolivarianismo é tão destacado, pois representa uma nova etapa, mas nova construção de sociedade para Venezuela.

¹⁹ Também denominado de novo processo democrático. Busca a confrontação com o sistema capitalista, para construir um novo sistema endógeno, baseado na realização coletiva, nas necessidades fundamentais dos homens e mulheres com pilares na participação popular, ou seja, na organização social, através de um desenvolvimento territorial descentralizado e sistema de cuidados/políticas interconectadas, um ambiente de sustentabilidade, fruto desse processo são as misiones (FRIAS, PROJECTO NACIONAL.2000)

populares. As conquistas desse modelo democrático bolivariano podem ser observadas nas políticas sociais com a criação das *missiones*²⁰, espaço interligado de diversos programas de políticas sociais, no fomento de poder ao povo para superação da pobreza.

As *misiones* aparecem como uma estratégica de política social, focadas em ações e nas relações sociais, para superação das desigualdades sociais, socialização da riqueza venezuelana. Assim as *misiones* cumprem um papel importante na inclusão social, por meio da renda petroleira, permitindo avançar na universalização e na satisfação das necessidades da identidade e das necessidades sociais (VENEZUELA, PRIMER PLAN SOCIALISTA).

Em essencial, destaca-se a *Misión Barrio Adentro*, cuja política de saúde é configurada no âmbito dessa *misión*. Segundo Vargas (2004) pensar em saúde na Venezuela significa viver em harmonia com o corpo e com a natureza, por meio do equilíbrio, ou seja, saúde não é somente o equilíbrio individual, mas também social. Nesse sentido, a saúde como um todo necessita de um sistema inter-relacionado entre outros setores como ciência e cultura de forma orgânica na relação da sociedade e Estado. A constituição no artigo 84 lavrará segundo Vargas (2004, p.20) o que a saúde expressa;

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados.

A saúde é obrigação do Estado e de caráter universal. As *misiones* bolivarianas têm como objetivo a diminuição da pobreza, buscam soluções para os problemas apresentados na realidade, além de serem instrumento de mobilização social, ao dar poder aos pobres. As *misiones* são programas definitivos, na medida

²⁰ Para (LACRUZ; GONZALES, 2007) as *missiones*, configuram como programas sociais de uma política social nacional que almeja suprir as necessidades da população venezuelana, bem como acabar com a exclusão e a desigualdade social. Para Rocha (2009) as *missiones* são um modelo de proteção social de um projeto venezuelano democrático calcado no protagonismo popular de satisfação das necessidades sociais e de transformação social.

em que solucionam os problemas. Assim a *Misión Barrio Adentro*, também, conhecida como uma missão de amor pela saúde, saudando uma dívida social deixada pelos governos corruptos anteriores (FRIAS, 2004).

A *misión Barrio Adentro*, tem início em 2003 com a cooperação entre Venezuela e Cuba. Os médicos cubanos são solicitados a trabalhar nos serviços de saúde venezuelanos, mostrando a possibilidade de mudar a vida de milhões de seres humanos que vivem amontoados nos morros e periferia do país. Nesses bairros começa a verdadeira revolução, num país onde a minoria tinha acesso a saúde e outros direitos (FRIAS, 2004).

A atenção básica e o atendimento primário mostraram-se na *misión* como central do projeto sanitário integral e inter-relacionado com as demais políticas/misiones como esporte, educação, cultura e outras. Grande parte da população sobrevivia em estado de pobreza e desemprego. A *misión* conseguiu derrotar a desigualdade, garantir acesso a saúde de qualidade, uma vida saudável e segura com a inter-relação às demais misiones (FRIAS, 2004).

A *misión* inclui serviços diversos como especialidades médicas, hospitais do povo, clínicas especializadas e atividades esportivas, alimentação entre outras na garantia de acesso a qualidade de vida (FRIAS, 2004). Assim, a *misión* busca priorizar as necessidades sociais, com um novo modelo de atenção básica vinculado ao Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social, promovendo qualidade de vida a organização e participação dos setores populares (DA ROS *Et al*, 2008).

Os consultórios populares oferecem atendimentos 24hs por dia, são a porta de entrada na política nacional de saúde, analisam a saúde local e etimologicamente. São sistemas de referencia e contra-referencia em saúde, sua funcionalidade se dá sobre a territorialização, integralidade, participação da comunidade, e intersectorialidade com as demais políticas sociais (DA ROS *Et al*, 2008). Nesse sentido, toda população tem acesso à saúde, universal e qualidade de vida, expressando na Política Pública de Saúde da Venezuela um exemplo para América Latina, dada sua cobertura e o conceito ampliado de saúde intrínseco à *Misión Barrio Adentro*.

Considerando os dois modelos de democracia política e também a Política de Saúde Pública se faz importante analisar os rumos que a política de saúde brasileira assume em face das medidas neoliberais, quanto na Venezuela a participação

popular impulsiona o rumo do país para um novo modelo de sociedade que perpassa o sistema capitalista para forjar um modelo de justiça social, e participação popular nas estruturas venezuelana.

4 OS PROCESSOS DE PRIVATIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E NA VENEZUELA.

4.1 A redemocratização brasileira e os processos de privatização da saúde

A década de 1980 culminou com o processo democrático no Brasil, e uma nova constituinte, com a instauração de uma política pública de saúde nacional. Esta pautada principalmente pela universalidade da política e pelo controle social exercido pela sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas. A constituinte apresenta-se como um marco na efetivação dos direitos sociais, bem como a transição do período militar repressivo. Período este, engendrado em políticas paternalistas, assistenciais, e voluntaristas, as quais estavam ligadas a filantropia, ao privatismo²¹ e a sociedade civil, culpabilizando os indivíduos em situação de pobreza e omitindo as lutas políticas das classes sociais pela expansão dos direitos sociais (RIZOTTI, 2007; BRAVO, 2006).

Ao final da década 70, início dos anos 1980, o fim do milagre econômico, agrava as condições de vida da população, fazendo ressurgir os movimentos sociais de reivindicações dada a culminação da pobreza generalizada, crise fiscal e precariedade na manutenção das políticas sociais²². A crise dos anos 80 assume características particulares no Brasil, devida sua dependência latino-americana, a qual é expressão de um processo do capitalismo contemporâneo. Nesse processo a sociedade e o Estado passam por transformações que estabelecem novas relações entre as esferas (MOTTA 1995 apud RAICHELIS, 2006).

Contudo, esses processos do capitalismo dependente impulsionam as reivindicações sociais, as lutas de classes pela garantia e ampliação de seus direitos (civis, sociais e políticos), dado o acirramento das desigualdades sociais e exclusão social. Os movimentos de reivindicações acreditam na democratização do Estado,

²¹ Privativismo segundo Rizotti (2007, p.5) “é a transferência de parcela preponderante dos serviços prestados para a órbita de instituições organizadas no interior da sociedade civil, mantendo - agora sob forma mais sofisticada - a articulação de pequenos núcleos de poder social em torno da assistência pública”.

²² Para Rizotti (2007), as políticas sociais no desenvolvimento econômico de aceleração industrial, eram mecanismos de reprodução das condições de acumulação capitalista, mas também, é resultado da luta de classes na conquista de direitos sociais dos trabalhadores. E a Questão Social resultado das necessidades da classe [subalterna], e resultado da contradição entre o capital e a força de trabalho. Nessa ótica nos governos militares, havia um esvaziamento das ações do Estado nas execuções de políticas públicas, cabendo-lhes apenas o gerenciamento e manutenção das políticas sociais, por meio de manutenção da estabilidade política e social no país e reformulação dos mecanismos de gestão e de controle das políticas sociais.

dos processos decisórios, o acesso universal as políticas sociais, e quiçá as políticas públicas instrumentos que garantiram a qualidade de vida e meio de superar desigualdade social, ou seja, possibilidade de instaurar as condições de bem-estar social almejado (RIZOTTI, 2000; RAICHELIS, 2006).

A carta magna surge desse ideário, que através da participação popular garantirá uma sociedade mais justa para todos os cidadãos brasileiros. Por isso a mesma, é uma constituinte que apresenta traços de ver um possível avanço; democrática e universal, assegurando a participação da sociedade nos novos mecanismos do Estado. Uma constituição ainda incipiente, mas considerada um avanço após 20 anos de ditadura, marcada por opressão e negação de qualquer participação social, bem como a negação em partes dos direitos sociais.

Este movimento põe em discussão a necessidade das diversas lutas de classes pela democracia e efetivação da cidadania, que resultará na Constituição Federal de 1988. Dentre as diversas conquistas obtidas, cabe destaque ao controle social exercido pela sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas representou uma evolução da participação social para a concretização dos direitos, principalmente os sociais.

Nos princípios fundamentais da constituição, a mesma, destaca o ideário das lutas sociais, pluralismo político, soberania, cidadania entre outros elementos presentes nos artigos 3^a e 4^o;

Art. 3^o Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil;

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 4^o A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios:

I - independência nacional;

II - prevalência dos direitos humanos (...);

V - igualdade entre os Estados;

IX - cooperação entre os povos para o progresso da humanidade (...); (BRASIL, 1988, p.1-2)

Esta conhecida por “constituição cidadã”, por definir os direitos dos cidadãos como mostra os princípios, mas também as leis que abarcam os direitos individuais, coletivos, sociais ou políticos, e os limites para o poder dos governantes.

A constituição ao trazer a concepção de Seguridade Social, uma forma inovadora de organizar o acesso aos direitos da previdência social, saúde e assistência social na contemplação de um sistema integrado de ações do Estado na garantia do bem estar e da proteção da sociedade por meio de direitos. A política de saúde é expressa como direito fundamental, de acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde o que significa que todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Com garantia de acesso aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, ou seja, atendimento integral;

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (BRASIL, 1988).

Assim o capítulo que discorre da seguridade, coloca-a como dever do estado e principalmente sua universalidade. Mas também diversidade de financiamento ao fundo em comum. Segundo Bravo e Menezes (2008) na década de 1990 há uma ênfase na focalização das políticas, precarização, terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento e na falta de vontade política para a viabilização da concepção de Seguridade Social. O orçamento da seguridade social é inovador pela articulação entre as políticas, que possuem um orçamento geral;

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (...)

§ 1º - As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º - A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º - A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I (BRASIL, 1988)

A lei mostra que a seguridade social é financiada pela sociedade inclusive o governo de forma tripartite (município, Estado e federal). Para Boschetti e Salvador (2008) essa relação enfrenta dificuldades na medida em que o orçamento não é aplicado, ocasionando a eliminação virtual da assistência social, enquanto a saúde fica entre o orçamento da união e da previdência. Isso reflete a desconstrução da seguridade, a separação das políticas tornando-as gradativamente discriminatórias e perdendo o sentido amplo da saúde devido à fragmentação das políticas iniciadas no bojo do Estado, não obstante essa realidade, tais políticas serão normatizadas de formas separadas temporalmente e por leis diferentes, em momentos diferentes, corroborando para a falta de conexão entre as políticas da seguridade e as demais políticas que asseguram direitos sociais e são disputadas no enfrentamento político cotidiano.

Nesse sentido, a política de saúde que compete à Constituição, cinco artigos, demonstra superficial na sua regulamentação com o tripé da seguridade social. Exige assim, uma postura dos movimentos sociais, que continuem cotidianamente a pressionar o governo para que assegure de fato o direito à saúde (seguridade social). Assim as Leis Orgânicas da Saúde são garantidas na lei nº. 8.080/90 que regulamenta as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e funcionamento, serviços e providências correspondente a mesma. Na lei nº e 8.142/90 busca normatizar a participação da sociedade civil na

gestão do sistema único de saúde, e também discorre acerca dos recursos financeiros e da transferência intergovernamentais (BRASIL, 1990).

A lei 8080/ 90 refere-se que;

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990a).

Visto que, a saúde é um direito fundamental, e cabe ao Estado garanti - lá por meio de políticas públicas. São ofertadas via de serviços e ações. Observamos que nos anos 2000, esse direito à saúde na prática encontra-se sucateado, ora consegue avanços ora retrocessos, mas ainda, representa em seus desdobramentos um grande avanço devido às lutas sociais. Isso se torna visível ao procurarmos nas diversas legislações, ainda ambíguas, mas garantem o acesso universal, a participação social e outros direitos, mesmo tímidos, mas presentes na legislação.

As legislações referentes á alimentação, moradia, renda, trabalho, transporte e outras mais, quase não há normatização, e quando há, é muito incipiente, ou não existe. O que se tem são alguns serviços que permitem a população tratar e/ou prevenir doenças, mas tais ações não alcançam a saúde, entendo que estas não são sinônimos das singularidades do corpo, mas de sua totalidade em face ao meio ambiente.

Na lei 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade e dos recursos financiamento do SUS observamos;

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder

Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b).

Cabe ressaltar que esses espaços são fruto de luta política e da participação popular, que só foi efetivada após a Constituição de 1988. Anteriores à Constituição esses espaços não eram públicos e o conselho de saúde não existia.

No entanto, em decorrência do movimento pela democratização da nova constituinte e das regulamentações no campo da saúde, ouve uma movimentação pela efetivação da mesma como política pública, universal com mudança no conceito de saúde pelo movimento da Reforma Sanitária²³. Este veio protagonizar a luta por garantias sociais de qualidade de vida, com serviços e políticas sociais ofertados pelo aparato estatal para toda a sociedade. No bojo desse movimento que a saúde transcende o conceito biomédico (estudo das partes do corpo separadamente, ao invés da totalidade das partes) de clínica-médica, para saúde ampliada, cuja saúde é um estado físico, biossocial e psicossocial do ser humano, é fruto das condições de vida, acesso aos bens e serviços básicos e necessários para viver.

Ainda na lei 8.142/90 cabe ressaltar a redação do parágrafo 4º e do art.2º;

§ 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 2º- Os recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. (BRASIL, 1990, p.1-2)

²³ A Reforma Sanitária deu início pelo movimento sanitário que tem como um dos objetivos a politização da saúde, mas também a inclusão da sociedade civil, bem como os profissionais de saúde no debate das políticas de saúde. Além de novos conceitos de saúde como o desequilíbrio do homem com seu meio ambiente, novas teorias como a medicina social com prevenção e prática política e de conceito ampliado de saúde que envolva a reprodução humana e suas condições de vida (BRAVO, 2010; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Assim, mostra-se na configuração dessa lei que as instâncias de participação popular são regulamentados impondo seus limites, sem prejudicar o exercício do poder legislativo, o qual corrobora com uma constante de leis que desmantelam o SUS. Cabe a sociedade a participação em espaços de debates e controle e, principalmente, de proposição de uma política de saúde que acontece a cada quatro anos, enquanto o legislativo faz as mudanças que convier em quaisquer meses do ano. Essa participação da sociedade, figura na participação simbólica de democracia, onde a elite nacional ainda mostra poder político na direção do país, sem a devida participação popular.

Nesse íterim, Bravo e Menezes (2008) colocam que há no Brasil dois projetos em disputas constantes, o da reforma sanitária e o projeto privatista, seguidos pelas medidas de orientação neoliberal de reforma do Estado e da diminuição dos gastos sociais que se acentuam pós década de 1990. Nesse sentido, inúmeros decretos, leis e emendas constitucionais seguem com a fragmentação e desconstrução da Constituição Federal. Para ilustrar esse processo citar-se-á exemplos de normatização realizada no âmbito do Estado que expressará o apresentado, dada a amplitude e a quantidade de normas legisladas paulatinamente.

A política pública de saúde possui regulamentações específicas para além do que se refere à seguridade social, que insinua a universalidade, a equidade e a diversidade, mas não deixa claro, tais princípios, entre as políticas de seguridade. As leis orgânicas da saúde vêm tornar visíveis esses princípios, por isso possui as suas especificidades. O debate em torno da efetivação e proposição das ações e serviços da saúde, ocorre embasado e junto ao movimento da reforma sanitária, que conduz a espaços públicos, aberto a sociedade para discussão e proposição de forma deliberativa, conhecido como conferências de saúde²⁴, estes espaços públicos, são

²⁴ Conferências e conselhos de saúde são os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo, que foi garantida na lei nº 81.42/90. Nesse processo, os avanços são significativos, ainda que seja possível identificar a permanência de muitas fragilidades e a necessidade de superação de práticas clientelistas ou corporativas que subsistem em muitas situações. As conferências nacionais de Saúde são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Elas contam com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade e, atualmente, são realizadas a cada quatro anos. As Conferências estaduais e municipais antecedem a Conferência Nacional e são realizadas em todo o país. Elas tratam dos mesmos temas já previstos para a etapa nacional e servem para discutir e aprovar propostas prévias que contribuam com as políticas de saúde e que serão levadas, posteriormente, para discussão mais ampla durante a Conferência Nacional. (BRASIL, 2009)

resultados de longos processos de construção de diferentes atores sociais que colocam na arena política seus interesses e suas necessidades, diferentes e freqüentemente conflitantes, buscando na disputa de ideologia que será dominante ou pactuada e se expressarão em formas normativas, como as leis.

Junto às conferências, outro espaço de participação popular e principalmente de controle social, são os conselhos de direitos, ou sociais, com função deliberativa, fiscalizador, e principalmente de controle social sobre a ação, e serviços do Estado nas ações e programas de políticas públicas de saúde. O controle social está presente nos três âmbitos governamentais (União, Estado e Município).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi um marco para a saúde como política pública. Foi nesta, que se aprovou um sistema único de saúde, sendo significativo no processo de democratização da saúde em face de toda sua história. Os princípios da Reforma Sanitária foram lançados, bem como a reformulação da saúde com princípios básicos de universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária, ao final ainda foi criada uma comissão nacional da reforma sanitária para a constituinte²⁵ (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A partir da carta magna, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Entre as normatizações básicas da saúde, pode destacar as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto Nº.99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993 (NOB-SUS 96, 1997). Cabe ressaltar que na constituinte, houveram vários acordos políticos e repressão popular para se chegar a um “acordo” acerca da constituição da saúde pública, dentre as reivindicações do movimento sanitário algumas propostas não foram aprovadas como a situação da indústria farmacêutica que se mantém intacta (BRAVO, 2005).

E com a Lei Nº 8.080/90, a principal normatização que regulamenta o Sistema Único de Saúde agregando todos os serviços estatais, as esferas federal, estadual e municipal, além dos serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado pelos princípios constitucionais. As Normas Operacionais

²⁵ A Comissão nacional para reforma nacional não bem com seus objetivos foram considerados pelo movimento da reforma sanitária insatisfatórios (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Cabe destacar que o CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde foi o difusor da reforma sanitária, do debate da saúde e da democracia, bem como a elaboração de uma contra-proposta de saúde para sociedade.(BRAVO, 2006).

Básicas, por sua vez, se voltam para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema de Saúde.

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990a)

No que tange o controle e fiscalização da sociedade sobre as ações e serviços do Estado à saúde, regulamentada em lei, torna-se falaciosa na medida em que a lei abre caminho para iniciativa privada, conforme mostra no artigo 8º. Esta brecha impede que haja controle social na iniciativa privada, com a negação de espaços públicos. Ainda no artigo 9º refere que a direção do sistema de saúde de instâncias públicas, e na prática observa fundações de direito privado assumindo o papel do Estado na política de saúde.

A lei que regulamenta a saúde em seus serviços, orçamento, a participação da sociedade no controle social e as configurações do próprio controle social, recursos humanos e demais medidas será a lei 8.080 e 8.142 de 1990. Ambas as leis organizam as ações e a política de saúde no sentido de desregulamentação da participação popular. A lei 8.142/1990 institucionaliza a participação popular pela paridade e a lei 8.080 estabelece a participação de instituições privadas no sistema único e saúde

Apresentam-se a baixo, fragmentos da Lei 8.080 de 1990, que dispões do regulamento e da organização dos serviços de saúde.

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde-SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 15º A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;(…)

- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e o meio ambiente;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde; (BARSIL, 1990a)

Apresentados alguns artigos da lei 8.080 de 1990, observa-se como ela expõe o início de privatização ou abertura ao setor privado. No que tange a participação complementar da iniciativa privada no artigo 8º, bem como o dever da união com a saúde se colocando no artigo 15º como administrador e fiscalizador na elaboração de normas aos serviços privados ao invés de promover serviços de saúde públicos e estatais.

Nesse sentido, as leis que regulamentam a política pública de saúde, apresentam um avanço inacabado²⁶, considerando que a regulamentação serviços, ações e programas de saúde, mas uma saúde atrelada no binômio saúde versus doença. As legislações são ambíguas, ora garantem direitos e participação social ora apresentam timidamente, mas com praticidade a saúde privada, gerida para o mercado financeiro e sobre a lógica do mesmo, como por exemplo, a lei da complementaridade nº 9656/1998, modificada em grande parte pela medida provisória nº 2.177- 44/2001;

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (...)

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de

²⁶ Utilizando a expressão de Florestan Fernandes da obra “A constituição inacabada”, ao falar do processo da constituinte que foi um pacto de poder e não uma legitimação popular.

produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

Os serviços privados são ofertados, como se o Estado não tivesse condições de garantir à sociedade acesso à saúde de qualidade, cabendo então a iniciativa privada ofertar os mesmos serviços para complementar o Estado. Assim o terceiro setor, para complementar algo, vai se expandindo, e o Estado retraindo-se, atendendo apenas parte dos que dele necessitam, ao invés de manter a universalidade e equidade das políticas públicas.

Segundo Leal (2011), a lei nº 9556 regulamentou as diferentes modalidades de assistência médico-hospitalar privada e os serviços privados no mercado, juntamente com uma agência reguladora chamada de Agência Nacional de Saúde Suplementar. Está deveria fiscalizar os planos de saúde privados e sua relação com o sistema público. Embora o sistema de saúde pública não conseguiu acabar com a desigualdade, os serviços de saúde são muito segmentados, agravou-se com financiamento insuficiente, deixando espaço para expansão dos planos privados.

Os planos de saúde têm interferência no sistema de saúde como um todo, pois 25% da população são conveniadas por empresas públicas ou privadas, em contra partida 75% da população não usufrui, mas financia esses 25%. Leal (2011) coloca que existe um mito em torno dos planos, sustentando que àqueles que compram é que pagam pelo mesmo, e na verdade são subsídios diretos e indiretos público por meio da isenção de impostos, e estes poderiam ser investidos no setor público, além da compra de planos privados para os servidores públicos que abarca um grande recurso, que deixa de ir para o Sistema Único de Saúde.

A saúde, sob a lógica privatizante, se submete ao mito que os serviços de saúde pública não funcionam, para legitimar a iniciativa privada e as leis que são criadas em decorrência desse mito, mas na verdade existem vários escapes que fazem o sistema público não funcionar como deveria em sua universalidade e efetividade, um dos exemplos é a distorção do financiamento para o terceiro setor, além de o sistema público cobrir os serviços que os planos não cobrem a essa parcela que usufrui dos planos privado.

Um outro exemplo é a prerrogativa desses serviços ofertados que possuem dois caminhos, o primeiro são serviços públicos pagos duplamente na forma de planos de saúde e pela população que não usufrui, ou seja porcentagem pequena da sociedade, juntamente com o sistema público de saúde que alcança universalidade dos serviços em face também dos recursos transpostos ao mercado. Em segundo, ofertados pelos planos privados usam da rede pública em muitos casos, via reserva de vaga em hospital público para o setor privado, ou serviços considerados de alta complexidade²⁷ que a iniciativa privada não oferece, encaminhando novamente ao setor público, e cobrindo a média complexidade com consultas a áreas de especialidades diferentes, bem como realização de alguns exames de baixo custo.

Outro mecanismo de privatização se expressa na lei de responsabilidade fiscal, lei complementar Nº 101 de 2000 a qual dispõe sobre a desvinculação de 50% da receita da união, em particular das políticas públicas para serem investidas nas dividas públicas;

Art. 70. O Poder ou órgão referido no art. 20 cuja despesa total com pessoal no exercício anterior ao da publicação desta Lei Complementar estiver acima dos limites estabelecidos nos arts. 19 e 20 deverá enquadrar-se no respectivo limite em até dois exercícios, eliminando o excesso, gradualmente, à razão de, pelo menos, 50% a.a. (cinquenta por cento ao ano), mediante a adoção, entre outras, das medidas previstas nos arts. 22 e 23.

Visto a limitação que impõe o artigo acima da lei de responsabilidade fiscal, apresenta-se abaixo os artigos 19 e 20 a qual se refere o art.17;

Art. 19. Para os fins do disposto no caput do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:

- I - União: 50% (cinquenta por cento);
- II - Estados: 60% (sessenta por cento);
- III - Municípios: 60% (sessenta por cento) (...)

Art. 20. A repartição dos limites globais do art. 19 não poderá exceder os seguintes percentuais:

- I - na esfera federal:

²⁷ Segundo Leal (2011) os planos de saúde ofertam serviços de média complexidade, os quais sejam serviços básicos por meio de exames e consulta com especialistas. Os atendimentos de alta complexidade tal como DST, cânceres, hemodiálise e outros são financiados e realizados pelo setor público, e muitas vezes usando na média complexidade as estruturas do setor público como vagas em hospitais públicos ao setor privado.

a) 2,5% (dois inteiros e cinco décimos por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas da União;

b) 6% (seis por cento) para o Judiciário;

c) 40,9% (quarenta inteiros e nove décimos por cento) para o Executivo, destacando-se 3% (três por cento) para as despesas com pessoal decorrentes do que dispõem os incisos XIII e XIV do art. 21 da Constituição e o art. 31 da Emenda Constitucional nº 19, repartidos de forma proporcional à média das despesas relativas a cada um destes dispositivos, em percentual da receita corrente líquida, verificadas nos três exercícios financeiros imediatamente anteriores ao da publicação desta Lei Complementar;

d) 0,6% (seis décimos por cento) para o Ministério Público da União;

II - na esfera estadual:

a) 3% (três por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Estado;

b) 6% (seis por cento) para o Judiciário;

c) 49% (quarenta e nove por cento) para o Executivo;

d) 2% (dois por cento) para o Ministério Público dos Estados;

III - na esfera municipal:

a) 6% (seis por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Município, quando houver;

b) 54% (cinquenta e quatro por cento) para o Executivo (...):

§ 5º Para os fins previstos no art. 168 da Constituição, a entrega dos recursos financeiros correspondentes à despesa total com pessoal por Poder e órgão será a resultante da aplicação dos percentuais definidos neste artigo, ou aqueles fixados na lei de diretrizes orçamentárias.

Outra lei que expressa o desmonte do Sistema Único de Saúde é a lei nº 9637 de 1998, que institui as Organizações Sociais – OS's, que buscam viabilizar e implementar políticas públicas como parceiras do Estado na condução da “coisa pública”. Tem como objetivo qualificar como organizações sociais, pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, dirigidas a pesquisa científica, ensino e desenvolvimento tecnológico, proteção ao meio ambiente, à saúde e à cultura (REZENDE, 2008).

A Lei nº 9637/1998 prevê nos artigos as atividades sociais;

Art. 11. As entidades qualificadas como organizações sociais são declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública, para todos os efeitos legais.

Art. 12. Às organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

§ 1º São assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de

acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.

§ 2º Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão parcela de recursos para compensar desligamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.

§ 3º Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, dispensada licitação, mediante permissão de uso, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

Art. 13. Os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem o patrimônio da União.

Parágrafo único. A permuta de que trata este artigo dependerá de prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Público (BRASIL, 1998).

A lei estabelece contrato de gestão com o órgão público, no caso o sistema de saúde, além de qualificar entidades como organizações sociais. Essas Organizações contratam funcionários sem concurso público, conforme o artigo acima, adquire bens e serviços sem processo licitatório e não presta contas ao órgão de controle interno e externo da administração pública (REZENDE, 2008).

Nesse sentido as organizações sociais são uma expressão do desmantelamento do sistema público de saúde e dos direitos sociais, na medida em que o trabalhador não tem seus direitos garantidos e nem garantia de estabilidade no serviço, contudo ainda temos os recursos públicos que são destinados para essas organizações, sem garantia de retorno ou de efetividade, sem prestação de conta, e quiçá controle social, logo a lei 8142/90 é que normatiza a participação popular e controle social é ignorada, pois os serviços não são prestados pelo Estado mas, por organizações sociais que não tem vínculo com a sociedade e nem caráter universalizante.

O Estado justifica que atividades que não são exclusivas a sua benesse, podem ser transferidas para iniciativa privada, segundo Rezende (2008) para modernizar o aparato estatal, melhorar os serviços e gerar autonomia gerencial. Muitos Estados da federação passaram seus serviços de saúde a entidades terceirizadas, como fundações, cooperativas, associação, prestadoras de serviço e entidades filantrópicas entre outras sem fins lucrativos, mas também algumas com fins lucrativos denominadas por organizações sociais (REZENDE, 2008).

A terceirização dos serviços públicos de saúde se estende para outras leis como a Lei nº 9790/99, que institui as Organizações da Sociedade Civil de Interesse

Público – OSCIP's que qualifica a iniciativa privada sem fins lucrativos na Gestão do Sistema Único de Saúde e consultor aos conselhos de direito. Cabe também abranger a terceirização e privatização de programas, atividades e serviços públicos, direcionando as ações do governo ao setor privado;

Art. 9º Fica instituído o Termo de Parceria, assim considerado o instrumento passível de ser firmado entre o Poder Público e as entidades qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público destinado à formação de vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público previstas no art. 3º desta Lei.

Art. 10. O Termo de Parceria firmado de comum acordo entre o Poder Público e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público discriminará direitos, responsabilidades e obrigações das partes signatárias.

§ 1º A celebração do Termo de Parceria será precedida de consulta aos Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, nos respectivos níveis de governo.

§ 2º São cláusulas essenciais do Termo de Parceria:

I - a do objeto, que conterá a especificação do programa de trabalho proposto pela Organização da Sociedade Civil de Interesse Público;

II - a de estipulação das metas e dos resultados a serem atingidos e os respectivos prazos de execução ou cronograma;

III - a de previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de resultado;

IV - a de previsão de receitas e despesas a serem realizadas em seu cumprimento, estipulando item por item as categorias contábeis usadas pela organização e o detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos, com recursos oriundos ou vinculados ao Termo de Parceria, a seus diretores, empregados e consultores;

V - a que estabelece as obrigações da Sociedade Civil de Interesse Público, entre as quais a de apresentar ao Poder Público, ao término de cada exercício, relatório sobre a execução do objeto do Termo de Parceria, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado de prestação de contas dos gastos e receitas efetivamente realizados, independente das previsões mencionadas no inciso IV [...] (BRASIL, 1999).

As OSCIP's têm como objetivo transformar as OS's em OSCIP, pois esta última tem maior abrangência na terceirização, e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos (REZENDE, 2008). A autora ainda ressalta que as ações de governo são transferidas a iniciativa privada, permanecendo ao

Estado o Núcleo Estratégico e burocrático, mas no caso da organização da sociedade civil de interesse público visa o enxugamento do Estado, com serviços sociais autônomos e competitivos, limitando o controle social e flexibilizando a força de trabalho.

O problema que advém das Organizações Sociais e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público em face da administração pública do sistema único de saúde é a introdução gerenciada para o sistema público com brecha a privatização de serviços do setor de saúde. Como por exemplo, o repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e orçamento público à empresas de direito privado. As desprofissionalização dos serviços, desorganização do processo de trabalho em saúde entres outras desregulamentações, que influenciam o conceito de saúde ampliada, ao retrocesso.

Na medida em que ações e serviços privados são pontuais, atingem ao binômio saúde-doença e não o estado psicossocial e físico, pois não cabe a lógica privativa garantir acesso aos direitos sociais, universalizando-os, mas focando em alguns serviços que compete a saúde, e negligenciando o que é a política de saúde de fato em sua totalidade.

E considerando uma regulamentação mais recente, o Projeto de Lei 1749/2011 que substitui a MP 520, a qual autoriza a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, voltada para gestão dos hospitais universitários, de cunho privatizante. Esta última regida por um regime pela consolidação de leis trabalhistas e não regime público, com metas a atingir, priorizando os planos de saúde privados ao invés do atendimento público;

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública sob a forma de sociedade anônima, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado.

No que se refere à competência da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;

Art. 4º Compete à EBSEH: I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar,

ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS;

II - prestar às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social; (...)

V - prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e

VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social.

Art. 5º É dispensada a licitação para a contratação da EBSEH pela administração pública, para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social.

Art. 6º A EBSEH, respeitado o princípio da autonomia universitária, poderá prestar os serviços relacionados às suas competências mediante contrato com as instituições federais de ensino ou instituições congêneres. (...)

II - as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução a serem observados. (BRASIL, 2011).

Essa Medida Provisória que virou projeto de lei em 2011 estipula metas para os hospitais universitários. Estes eram 100% públicos, e agora operam como uma empresa que gera lucro, que atende via plano de saúde privado, e prioriza os leitos para seus clientes, ao invés de usuários, do sistema público, logo os leitos destinados ao setor público ficam a cargo da empresa decidir quantos reservará.

Essa lei é entendida como privatizante, pois direciona a gestão dos hospitais universitários numa lógica de mercado. Precariza os contratos de trabalho, ao selecionar os trabalhadores pelo regime celetista ao invés do público. Como a empresa visa gerar lucro e ser eficiente os atendimentos serão rápidos e sem muita atenção ao usuário atendido, ou atender um número grande de pessoas ao mesmo tempo.

Ainda, analisando as legislações que privatizam a saúde, encontramos a ementa constitucional 29, que implica na financeirização do sistema de saúde. Desde a constituição tramita no governo um patamar mínimo para a saúde, com o projeto de ementa constitucional PEC 169 previa 30% do orçamento da seguridade social para saúde, mais 10% do orçamento fiscal dos Estados e municípios (WILKEN, 2010). Após anos 6 anos de tramitação da PEC 169, esta sofreu várias

modificações, sendo promulgada como Emenda Constitucional N° 29, totalmente diferente da versão original, os recursos foram totalmente alterados, mudando o significado dos recursos federais que eram destinados à saúde pública anteriormente;

Art. 6° O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2° e 3°, numerando-se o atual parágrafo único como § 1° (...)

"§ 2° A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:" (AC)

"I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3°;" (AC)

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3°." (AC)

"§ 3° Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:" (AC)

"I – os percentuais de que trata o § 2°;" (AC)

"II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC) (BRASIL,2000).

Com a emenda observa-se que os recursos da saúde foram bruscamente cortados, não há legitimação de um patamar mínimo a ser investido, apenas será investido o mínimo para garantir alguns serviços. Isso implica nos princípios da reforma sanitária (e constituição), onde não se efetiva uma política de saúde pública por falta de recursos na legitimação das ações e serviços.

Entretanto, o repasse do financiamento não é regular e nem automático, as leis são falhas, o mais próximo da definição dos critérios de alocação de recursos federais para o Sistema Único de Saúde foram na prática as normas operacionais denominados de Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96).

A NOB 01/91;

A presente Norma Operacional Básica tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as Leis nºs 8.074/90 e 8.080/90 (...) Visando a adoção da nova política de financiamento do SUS, o orçamento do INAMPS, definido para

o exercício de 1991, será dividido em 5 itens:

- a) financiamento da atividade ambulatorial proporcional à população;
- b) recursos transferidos na forma de AIHs a cada unidade executora, proporcional à população;
- c) custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS;
- d) custeio de Programas Especiais em saúde. e) investimentos (despesas de capital), alocados no Plano Quinquenal de Saúde MS/INAMPS, em lei orçamentária de iniciativa do Poder Executivo aprovados pelo Congresso Nacional, e em caráter excepcional a critério do Ministro de Estado da Saúde (NOB-SUS/91)

No que se refere aos recursos a NOB/91 normatiza;

São requisitos básicos para as transferências automáticas e diretas de recursos de custeio do SUS para os Municípios:

- a) criação de Conselhos Municipais de Saúde, compostos por representantes do governo municipal, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com composição paritária;
- b) criação de Fundo Municipal de Saúde;
- c) apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos e referendado pela autoridade do Poder Executivo;
- d) Programação e Orçamentação da Saúde (PROS);
- e) apresentação de Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro);
- f) contrapartida de recursos para a saúde de no mínimo 10% de seu orçamento; e
- g) constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), com o prazo de 02 (dois) anos para a sua implantação (NOB-SUS/91).

A NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e, principalmente de organização do Sistema Único de Saúde, consolidando um sistema de pagamento por produção de serviços ao setor público em vigência até hoje. Assim os Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, executados nas unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, com essa burocracia impõe-se um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços, independente da qualidade e dos resultados alcançados (WILKEN, 2010).

Este sistema mantém a centralidade da política de saúde, privilegia a lógica médica-assistencial, não abre para descentralização da gestão e ainda coloca a

prestação de contas de Estados e municípios para esfera federal atrelado a novos investimentos. Apesar da importância da NOB's e suas especificidades operacionais os novos modelos de gestão como as OSCIPIS não seguem as normativas já existentes.

No entanto a NOB-SUS/92 vem no mesmo sentido de tratar das transferências financeiras aos Estados e de forma incipiente aos municípios. Ambas as NOB's foram geradas no interior do Estado sem consulta externa. Já a NOB-SUS/93 passa por um processo político diferente, advindo da 9ª conferência nacional de saúde²⁸ que teve por objeto a discussão da descentralização, municipalização dos serviços com repasse de verbas da união, Estado e município fundo a fundo. Nesse processo cria-se comissões bipartite e tripartite entre os três níveis de esferas para pactuação e gestão do sistema de saúde (WILKEN, 2010).

Com a NOB-SUS/96 houve uma das maiores mudanças, com passagem direta do fundo nacional para o fundo dos municípios, com criação da gestão plena dos Estados e municípios. Em contrapartida há a emenda constitucional 29 que não diz o quanto é repassado, logo os recursos não são atrelados a ações e serviços, o que pode não ocorrer determinados programas, ações de saúde pública (WILKEN, 2010). Ainda abre caminho para os novos modelos de gestões privados, fundacionais que não garantem acesso pleno e universal, focando em serviços de assistência-médica e biomédica.

Cabe ainda frisar, que entre as legislações que corroboram para a privatização do Sistema Único de Saúde encontra-se a Fundação de Direito Privado, apresentado ao congresso pelo projeto lei complementar 92/2007. Para alguns autores essa lei é denominada de neoliberalismo requeitado, pois permite instituições e fundações somente de direito privado desempenhar atividades estatais que não são exclusivas do Estado, incluindo a área da saúde entre outras (REZENDE,2008);

No caso da fundação estatal de direito privado, o Projeto prevê que somente poderá ser instituída para desempenho de atividades estatais que não sejam exclusivas de Estado, de forma a vedar a criação de entidade de direito privado para exercício de atividades

²⁸ A 9ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1992. Indicou caminhos para descentralização, municipalização e participação social.

em áreas em que seja necessário o uso do poder de polícia (BRASIL, 2007)

Essas orientações, não são fruto da última década, do governo petista, mas advém desde o governo do Fernando Henrique Cardoso (1994), implementando as medidas neoliberais que propõe um Estado mínimo, deixando que o mercado regule e ofereça bens e serviços necessários às necessidades básicas. O governo posterior (petista), que assumiu na figura popular de barrar as privatizações que o antecederam, segue a mesma lógica neoliberal, de modo flexível e lento.

Essa outra via, encobre o que de fato acontece, legislam leis, normas, as quais pretendem fazer com que o sistema de saúde pública funcione para todos, mas aos poucos, transferem ao setor privado, os serviços de saúde, por meio de leis, que configuram as fundações de direito privado entre outras já citadas no corpo desse trabalho. Assim oferece programas e serviços focalizados, que atendam a população mais pobre, e alguns serviços de saúde que os demais estratos sociais possam optar em acessar, mas dado o funcionamento e falta de recursos tornam-no demorado, fazendo que os demais estratos sociais procurem serviços do setor privado.

Esse projeto neoliberal da década de 1990 foi estruturado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1995, conhecido como plano Bresser²⁹, partia do princípio que as fundações do Estado deveriam coordenar e financiar as políticas públicas, além de executá-la. Como a ideologia de que nem tudo que é público deve ser Estatal, socializando com a iniciativa privada a responsabilidade das “mazelas” da sociedade. Os direitos sociais, não perpassam a disputa de classes, mas na benevolência do terceiro setor e do Estado com aqueles que não têm condições de acessar serviços básicos ou sobreviver;

Como resultado do retrocesso burocrático de 1988 houve um encarecimento significativo do custeio da máquina administrativa, tanto no que se refere a gastos com pessoal como bens e serviços, e um enorme aumento da ineficiência dos serviços públicos. Os dados das Tabelas 1 e 2 confirmam claramente essa tendência pós-Constituição. Embora tenha havido uma substancial diminuição do número de servidores civis ativos do Poder Executivo da União, que caiu de 713 mil em 1989 para 580 mil em 1995 (Tabela 1), a participação da folha de pagamentos da União no PIB não se

²⁹ Luiz Carlos Bresser Pereira, Ministro da Administração Federal e Reforma de Estado.

reduziu; na verdade, aumentou, passando de 2,89 por cento entre 1980-1987 para 3,17 por cento do PIB na média do período 1988-1994 (Tabela 2). O crescimento dos gastos foi ainda muito mais acentuado nos estados e municípios, que passaram a receber uma parcela maior da arrecadação tributária (BRASIL, 1995).

O plano ressalta que a garantia de direitos é um retrocesso, e também um desfalque nos cofres públicos. Como se o problema estivesse na relação entre a arrecadação e a oferta de serviços. Desconsidera o papel estatal na garantia de direitos que podem ser por meio da produção de excedentes estatais e pela riqueza socialmente produzida para usufruto da sociedade brasileira em forma de políticas públicas universais e não privatizantes.

A orientação neoliberal do plano Bresser, vem a passos longos, transferindo para o setor não-estatal os serviços de saúde através das fundações de direito privado, orientando os recursos do Estado para o setor privado, focalizando as políticas universais, descentralizando o Estado no sentido da terceirização e privatização por diversos mecanismos.

Esse modelo neoliberal tem heranças nos períodos desenvolvimentistas do Brasil. Ao fazer uma ponte com o término do período militar, final da década de 70 a crise dos países periféricos, que assolava a economia brasileira também com o esgotamento do modelo de industrialização. Com aumento dos juros, o financiamento a periferia era realizado diretamente pelos organismos internacionais, os quais forneciam empréstimos que implicam no monitoramento das políticas econômicas e sociais do Brasil (RIZZOTTO; CARVALHO; CONTERNO, 2003, p.68);

Desde a década de 1980, esses empréstimos, que têm como base os mesmos parâmetros de qualquer relação comercial no que se refere aos custos do dinheiro emprestado, estão condicionados à absorção do receituário formulado no consenso de Washington. Na prática, isso implica no monitoramento das políticas econômicas e sociais dos países da América Latina, em defesa da acumulação internacional do capital. É nessa conjuntura que os programas de ajuste setorial ganharam significado e centralidade no conjunto da políticas setoriais, quando se propõem a combater a pobreza por meio de projetos de atenção básica para a saúde, educação, habitação e meio ambiente.

Em função dessa dependência a década de 80 também é marcada pelas políticas econômicas de orientação neoliberais, ou seja, privatizações e diminuição

do Estado nos serviços e bens públicos, ficando a benesse da iniciativa privada ou terceiro setor. Dada a dívida pública acirrada no período desenvolvimentista militar, coloca a economia refém das orientações dos organismos internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, e outros) (RIZZOTTO; CARVALHO; CONTERNO, 2003)

As orientações dos organismos internacionais afetam a política pública de saúde, desde seu embrião, quando surge com o controle social nos conselhos de direitos de forma burocratizada e pouco democrática, pois o espaço de participação social se dá de forma vertical. A sociedade civil organizada em sua maioria possui interesses representados à classe dominante, poucos são segmentos da classe subalterna/trabalhadora que estão em disputa na arena política dos espaços de participação social.

No que se refere aos programas, e às diretrizes para a política de saúde, é possível afirmar que já vem com receituário que prega a desregulamentação do mercado, abertura comercial, financeira e privatização do setor público.

Observa-se então, que para além das leis, que regulamentam a gestão dos serviços de saúde, e inclusive a participação, também apresentam abertura para a iniciativa privada na gestão de saúde. Em decorrência de um modelo de democracia representativa, dada a dependência econômica política aos organismos internacionais, bem como das orientações neoliberais desses organismos estrangeiros nas políticas sociais e econômicas é que se caracteriza a privatização da saúde, dos anos 1980 até dias presentes.

4.2 O Processo democrático Bolivariano face ao sistema de saúde

Ao final dos anos de 1990 culminou um processo de mudança no paradigma venezuelano que promove a superação da democracia representativa e o Estado capitalista para a consolidação da democracia participativa, com protagonismo dos cidadãos como eixo estruturante nos novos canais de participação. Este também consolida a nova concepção de saúde e a política pública de saúde a ser desenvolvida na Venezuela, consagrada na Constituição Bolivariana da Venezuela de 1999 (DA ROS *et al*, 2008).

A Conjuntura parecida com a brasileira antecede o processo democrático bolivariano, mas com suas peculiaridades, em vistas dos governos repressivos,

oligárquicos, e corruptos. Em conseqüência desse período, a crise que devasta a América Latina, após a onda desenvolvimentista, de empréstimos e acordos com o capital externos, deixa cicatrizes. Assim como foi como o Brasil em 1988, agora, também na Venezuela deixa-os em sufrágio, produzindo o aumento da miséria, as classes sociais decaem, ocasionando falta de políticas sociais e assinalando políticas de linhas neoliberais.

O corte neoliberal implantado no governo de Pérez, anterior a Chaves, originou em revoltas urbanas devido com enormes desigualdades, marginalização social e econômica, além da exclusão política que chegará às classes médias, resultando no e o descontentamento da população. A população da periferia, e dos subúrbios da cidade, indignados com aumento da passagem de ônibus, que havia duplicado, começa a protestar espontaneamente, toma às ruas em pouco tempo, protestando contra a injustiça, e o plano econômico neoliberal, movimento conhecido como *caracazo* (GOTT, 2004).

Contudo, a conjuntura dá abertura para novo paradigma no país. Que após golpes frustrados levaram ao poder 1998 por meio de processos participativos, no da luta democrática-revolucionária, o presidente Hugo Chávez Frías. Posteriormente o então presidente faz uma jornada em prol da construção e aprovação da nova Constituinte de 1999 (PAIVA, 2005). Esta apresenta a participação popular como a verdadeira democracia e fim das desigualdades sociais, denominando esse processo de revolução bolivariana, onde todo poder é dado ao povo (DA ROS *et al*, 2008). Alguns autores como Gohn (apud ALVES apud DA ROS *et al*, 2008), analisam como uma parceria entre Estado e população, ou seja, uma co-gestão e co-responsabilidade entre ambos a partir de organizações locais, no território.

Segundo Frias (20??), é com no processo da Constituição Bolivariana da Venezuela de 1999, que há um amplo debate político em todo país, com expressiva protagonismo popular, que traz mudanças necessárias ao país. Assim é possível realizar transformações sociais e avanços, permitindo que a participação popular esteja no controle do Estado e nas tomadas de decisões, ou seja, implicam na transformação do poder público. Assim promove formulações de políticas sociais que possibilitam a mudança de sociedade. Um exemplo desse instrumento de transformação são as misiones sociais que através de recursos do Estado e do poder popular buscam soluções para os problemas seculares de 65% da população.

As misiones para Frias são recursos bem distribuídos para solucionar os problemas de saúde, educação, fome, terra, emprego entre outros. Entre as misiones, destacamos a *mision barrio adentro*, que por meio de um novo modelo de atenção primária em saúde inaugura o novo concepção de saúde. A mision, prioriza as necessidades sociais da população, com vistas aos princípios equidade, universalidade, acessibilidade, gratuidade, inclusão social, participação e co-responsabilidade social constituindo o núcleo principal de saúde venezuelana para o desenvolvimento social, econômico da comunidade. Cabe ressaltar que o voto na Venezuela não é obrigatório, mas grande parte da população participa dos processos, tem posicionamento político e expressão suas opiniões, movido pelo reconhecimento do governo da participação popular (DA ROS *et al*, 2008).

O planejamento da saúde não é mais feito no ministério, na cúpula, a partir das necessidades dos serviços, mas sim nas comunidades, com a participação da sociedade organizada (...) isso tudo marca um novo modelo, um modelo diferente, um modelo social, que vai ao encontro dos objetivos deste governo, que é a construção do socialismo do século XXI (VENEZUELA, 2006^a apud DA ROS *et al*, 2008).

Na análise da legislação Venezuelana encontramos a estagnação das orientações externas frente às políticas sociais, pois o povo assume papel fundamental conforme Venezuela (2006 apud DA ROS *et al*, 2008, p. 33) “*A participação comunitária é a melhor garantia que temos que o estamos querendo construir, vai ser cumprido*”. Na constituição da Venezuela artigo 84 discorre sobre a formação do Sistema Público de Saúde e de seus princípios;

Para garantir o direito á saúde, o Estado criará, exercitará a reitoria e a gestão de um sistema público nacional de saúde, de caráter intersetorial, descentralizado e participativo, integrando ao sistema de seguridade social, regido pelos princípios da gratuidade, universalidade, integralidade, equidade, integração social e solidariedade. O sistema público nacional de saúde dará prioridade à promoção de saúde e à prevenção de enfermidades, garantindo atendimento oportuno e reabilitação de qualidade. Os bens e serviços públicos de saúde são propriedade do Estado e não podem ser privatizados. A comunidade organizada tem o direito e o dever de participar na tomada de decisões sobre o planejamento execução e controle da política específica nas instituições de saúde (REPUBLICA BOLIVARIANA VENEZUELA, 2000)

A constituição da república venezuelana expressa na lei e na efetivação das mesmas, um novo modelo de sociedade, denominada de Revolução Democrática Venezuelana com uma participação popular ímpar no processo de mudança e efetivação das políticas sociais (principalmente na área da saúde). Esta compreende uma intersectorialidade com as demais políticas sociais, ou seja, relação da *misión barrio adentro* em outras misiones como a do esporte, educação etc. para efetivação do desenvolvimento humano sustentável (VENEZUELA, 2000). No que se refere ao financiamento e formação de recursos humanos da política de saúde, o artigo 85 da constituição refere-se;

O financiamento do sistema público nacional de saúde é obrigação do Estado, que integrará os recursos fiscais, as cotas obrigatórias do seguro social e qualquer outra fonte de financiamento que determine a lei (...). Em coordenação com as universidades e os centros de pesquisa, promoverá e desenvolverá uma política de formação de profissionais, técnicos, e uma indústria nacional de produção de insumos para a saúde. O Estado regulará as instituições de saúde públicas e privadas. (VENEZUELA, 2000 apud DA ROS *et al*, 2008, p.46)

Nesse sentido a Venezuela, traz um escopo de saúde como direito fundamental e integrado com o protagonismo da participação popular no controle e efetivação da ação social. No projeto nacional Simón Bolívar: desenvolvimento econômico e social da nação 2007-2013, a saúde aparece entre a linha estratégica de suprema felicidade social, por meio de várias ações focada nas relações sociais, na superação das desigualdades sociais, e distribuição da riqueza. Assim as *misiones* cumprem um papel na importante na inclusão social, por uma nova forma de usar a renda petroleira, permitindo avançar na universalização e na satisfação das necessidades da identidade e das necessidades sociais (VENEZUELA, PRIMER PLAN SOCIALISTA)

A partir dos elementos normativos e constitucionais do Brasil e da Venezuela, observa-se que ambos passaram por um processo constituinte que significou um avanço para os respectivos países. Mas o processo democrático ao qual Brasil e Venezuela se utilizam para caracterizar os seus processos constitucionais não são os mesmos, cada qual possui as suas particularidades. A república venezuelana

insurge com o bolivarianismo democrático, e a luta de classe, ao qual todo poder cabe ao povo. O Brasil possui outro movimento, a qual a democracia caracteriza-se na esfera representativa.

Apresentado os sistemas de saúde pública dos dois países que figuram como universalistas, e a primazia do Estado, é necessário analisá-los frente às leis apresentadas. Contudo, será considerada a fragilidade do princípio da universalidade e do caráter democrático ora em maior grau para um país do que para o outro conforme suas realidades sócio-históricas. Não será objetivo da análise, compará-las, pois são processos históricos distintos, mas cabe compreender com os elementos do grau de dependência dos organismos internacionais que sucateiam e privatizam aos poucos as políticas públicas.

4.3 ANÁLISES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL E DA VENEZUELA.

Para analisar as políticas públicas de saúde na América Latina, em particular Brasil e Venezuela. É preciso resgatar o processo sócio-histórico de ambos os países, que apesar de possuírem estruturas sociais comuns ao continente subdesenvolvido e dependente ao capitalismo mundial, mas também possuem particularidades específicas na formação dos Estados nacionais que determinaram as suas políticas sociais, em diferentes épocas, de acordo com o desenvolvimento local de cada qual e da necessidade do sistema.

Em vistas dessas especificidades latino-americana, ambos os países passaram pelos processos de dominação externa ao qual denominou Florestan Fernandes e apresentada no corpo deste trabalho, e que acarreta na existência comparativa das estruturas colônias, ainda no século XXI. Esta resultante do processo de dependência aos países capitalistas das economias centrais, que comandam o subcontinente, desde sua colonização, primeiramente pelo comércio mercantil, e hoje expresso pelo sistema financeiro internacional.

Por sua vez, este sistema é identificado no desenvolvimento de globalização da produção capitalista, por meio das empresas multinacionais que possuem suas sedes nas economias de centrais, mas adentram nas economias periféricas com as filias subsidiárias flexibilizando direitos sociais (trabalhistas), e explorando

duplamente a economia local. As empresas transnacionais, multinacionais chegam aos países subdesenvolvidos, em questão os latino-americanos, ofertando emprego, geração de renda e movimentação da economia, além de garantir às elites locais uma parcela da mais valia.

O Estado, estruturado em disputa e heterogêneo, possui no poder a classe dominante, ou seja, a burguesia nacional, outrora denominada também por Florestan como dependentes das elites européia que possuíam uma acumulação interna maior de reservas, capaz de concentrar uma esparsa poupança, o suficiente para dar início à industrialização brasileira. Hoje essa burguesia nacional, fruto de uma exploração prolongada, com apoio das burguesias das economias de centro ofertam e garantem as empresas internacionais muitos benefícios, para que as mesmas adentrem nos países sul americanos.

Essas empresas mantêm sua sede nos países centrais instalam suas estruturas nos países periféricos com investimentos públicos, para obter uma massa trabalhadora, com baixos custos e poucos direitos, sem dar retorno à sociedade. Esse processo Marini (1991), já expôs como formas de exploração da mais-valia, ou superexploração, a qual os povos latino-americanos são duplamente expropriados, pela burguesia nacional, e internacional a qual serve a elite local, postergando também, condição de dependência aos países de centro.

Essa dinâmica que determina a relação de dependência, explicada pelos padrões de dominação externos, definirá e configurará as políticas econômicas e sociais nos países da América Latina, como instrumento de manutenção da força de trabalho. Segundo Netto (2003), que terá sua funcionalidade a serviço do Estado burguês para garantir a ordem capitalista, através de mecanismos que expressam a preservação e controle da força de trabalho, regulamentações das relações trabalhistas. Isso implica a superexploração do trabalho, que Paiva (2009) coloca como um condicionante de subalternidade da classe trabalhadora, que acentua as condições de reprodução e de existência da mesma.

Após ter clareza de tais processos históricos de desenvolvimento das nações latinas e do papel que a política social cumpre, também, no continente sul-americano transcende esse papel, devido à caracterização da mão-de-obra em sua maioria estar no mercado informal. A política social não é somente uma luta política por expansão e conquista de direitos sociais, no Estado burguês, mas enquanto

direitos sociais, que representam a cidadania, a superação da regulamentação do trabalho assalariado, e usufruto (acesso) ao excedente produzido pela força de trabalho e das riquezas socialmente produzidas em suas nações, que por hora são expropriadas, pela burguesia nacional e internacional.

É no bojo desse entendimento da política social que analisamos a política pública de saúde na Venezuela e no Brasil, compreendendo os díspares do desenvolvimento nacional, dos processos sócio-histórico e das lutas travadas no interior do Estado, principalmente no marco de ambos países o processo de democratização e nova constituinte pós crise internacional do capital que traça caminhos diferentes para ambas nações, e suas políticas de saúde.

O período de desenvolvimento do Brasil e da Venezuela foi atrelado aos recursos das elites internacionais, ao chegar a tempos de crise do sistema, para continuar seu crescimento econômico, além de suprir as enormes dividas acrescidas nos períodos anteriores de desenvolvimento nacional industrial e tecnológico econômica, as nações são submetidas às orientações neoliberais que privatizam as estruturas do Estado redimensionando as políticas sociais.

Dada a relação de dependência, a acúmulo da dívida pública, os investimentos aos países latinos são realizados pelos organismos internacionais de investimentos (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional...) com as condicionalidades, que diminui o papel do Estado, e incentiva as relações de mercado (privatização). Estas condições diminuem o financiamento das políticas sociais, repassam a função das políticas sociais para sociedade civil, e focalizam os serviços ofertados pelo Estado aos necessitados, na condição de miserabilidade, aumentando o grau de pobreza e desigualdade social, bem como a manutenção da divisão de classes sociais. Esse conjunto de ações na contemporaneidade é denominado de orientações neoliberais.

Para analisar a privatização das políticas públicas de saúde nos respectivos países estudados, levamos em conta a relação de dependência, mas principalmente o protagonismo da participação popular e o papel das classes sociais, que podem ser considerado o marco entre ambas as nações.

Nesse sentido, destacamos primeiramente a Venezuela, que após anos de desigualdade social, miséria, falta de políticas sociais, corrupção e de um sistema ora ditatorial ora democracia representativa. Nos anos 1990, chegam a seu ápice de

exploração, as condições são de tamanha desigualdade, que até as classes médias estavam adentrando na miséria, dado o sistema vigente naquela década, que elevou as más condições de vida da população com a crise financeira e a incorporação de medidas neoliberais.

A população foi às ruas manifestar-se e mostrar a necessidade de uma nova república. Assim constituem uma nova carta magna, com o protagonismo do povo, que será expresso na própria constituinte. A constituição bolivariana da Venezuela, denominada de constituição cidadã é também uma revolução democrática bolivariana, pois permite a democratização da riqueza, por meio do excedente petrolífero, investidos em políticas públicas, além de formas alternativas de produção interna, ampliação do acesso ao poder político, mobilização da população para um exercício cotidiano de vigilância política que as coloca na centralidade das ações governamentais, através das misiones bolivarianas (PAIVA, 2005).

Nesse sentido, analisa-se que as medidas neoliberais na Venezuela foram vedadas em todos os sentidos. A nação possui autonomia, devido ao grau de participação popular nas estruturas do Estado e a união das classes no processo de defesa de uma nova constituinte. Outro fator importantíssimo para o sistema venezuelano é a participação popular no planejamento das políticas sociais, pois fiscalizam a partir da base, das comunidades, com garantia de recursos públicos, e incentivo ao nacionalismo, que molda um novo modelo de sociedade, referenciada por Chaves de “socialismo do século XXI”, por ser um sistema inovador de participação popular na gestão do governo, mas também pela constituição possuir o ideário de Simón Bolívar, com vistas a socialização da riqueza e respeito aos povos indígenas e suas culturas e ir em prol de uma pátria unida.

No caso do Brasil, não se permite fazer tal análise, pois o processo histórico se deu diferente. Ambas as realidades latino-americanas, não podem serem comparadas, pois são processos e realidades diferentes, mas se faz importante, pegar apenas elementos que permitem contribuir no processo democrático brasileiro, que é legitimado pela representatividade, já na Venezuela a participação popular mostra-se eficaz na construção de um novo modelo, principalmente na construção das políticas sociais.

O Brasil nos anos 1980 passou por uma conjuntura parecida com a Venezuela. Uma crise econômica que assola o país, além da repressão militar que

inibia qualquer movimento social ou garantia de direitos à população. As reformas econômicas não sanavam o crescimento do desemprego, doenças, pauperização da classe trabalhadora. A população mostra insatisfação, gerando tensões sociais e violência urbana, cujo governo não consegue controlar. Nesse ínterim gera-se uma crise social e política junto a setores da pequena burguesia, da classe média e segmentos das forças armadas (BRAVO 2008, 2010).

Diante da polarização da sociedade, as mobilizações questionam o regime militar e exigem o retorno ao estado de direito e instalação de uma constituinte. As diversas mobilizações pelo retorno da democracia, incluem o movimento pela reforma sanitária que será incorporada como a luta pela democracia, o direito a qualidade de vida, somando novos sujeitos na luta por condições de vida da população, mas também por uma nova constituinte (BRAVO 2008, 2010).

Apesar da mobilização social pela democracia no Brasil, as classes sociais não se unem na constituinte. Esta segundo Florestan (1989), não permitia uma nova república, pois foi um pacto político, uma aliança da classe dominante para legitimar uma campanha popular, bem como o novo governo e o novo “sistema”. No entanto, as consequências dessa constituição inacabada³⁰, explicam o porque de muitas reivindicações populares serem negadas na constituição de 1988, e parte do que pode ser considerada progressista, cidadã, ser na verdade um falseamento da realidade.

Na prática a constituição não se efetiva, mostra-se um ideário a ser alcançado, mas que a burguesia brasileira não permite sua realização. A política pública de saúde consegue alguns avanços, dada à pressão e embates populares. Para Ouriques (2001), a política social vem a ser o enfrentamento de classes sociais no interior do Estado, que avançam em conquistas de direitos via mobilização. E estes direitos são concedidos com muita luta política para se conseguir uma parcela muito pequena do que se reivindica, pois para a burguesia, a consecução dos mesmos implica em amortizar os conflitos sociais e manter a ordem.

A política pública de saúde, que para a constituinte foi um marco, assim como o controle social, vem a ser parte das orientações dos organismos internacionais para a América Latina. Seguindo a onda da social democracia europeia, mais uma vez a incorporação de um modelo europeu a uma realidade latina, de

³⁰ Termo utilizado por Florestan Fernandes na obra A Constituição Inacabada: vias históricas e seguimentos políticos de 1989, que explicam a democracia representativa.

superexploração, de mão-de-obra em larga escala no trabalho informal, que diferente da do modelo europeu de Bem-Estar-Social, os trabalhadores assalariados por trabalhos formais.

Contudo, há se reafirmar que o controle social instituído no Brasil como parte de um processo democrático caracteriza uma democracia representativa e não a participativa a qual rege a Venezuela. Fato que regulamenta uma participação social falseada, institucionalizada e controlada pela classe dominante nos espaços públicos. Nesse sentido, a saúde foi uma política regulamentada pós dez anos da carta magna, nas leis 8080 e 8142 de 1990, devido ao movimento sanitário, mas também a necessidade de saúde da população, para manter a mão-de-obra da classe trabalhadora. Seus princípios de universalização, equidade, participação social, regionalização vem a esbarrar no acesso local, nas especializações médicas, na falta de financiamento que garanta sua efetividade e funcionalidade universal. A caracterização da política pública de saúde, regida por uma nova concepção que aborda a qualidade de vida do indivíduo ao meio ambiente e acesso aos serviços e ações que as possibilitam tal qualidade, não se efetivam assim como a constituição.

Esta apresenta a seguridade social como uma nova concepção de política social a garantir as necessidades da população. Mas dentre as políticas que a compõe como saúde, previdência e assistência, estas não possuem um financiamento próprio, na sua integralidade, são políticas diversas entre si, não possuem um mesmo fundo econômico social e são regidas por regulamentações próprias.

A regulamentação e normatização mais avançada é a política de saúde, no entanto as demais estão em construção após 20 anos de constituição. A política de assistência não possui caráter universal, mas focalizado aos que dela necessitam, e a política previdenciária caracteriza de forma contributiva.

Logo analisa-se que as mesmas não garantem unidade e nem intersetorialidade, dado a disparidade de regulamentação e acesso a seguridade social fragmentada na sua essência. Em controvérsia a esse sistema representativo de política públicas, apresenta-se na Venezuela uma constituição cidadã com participação social desde as comunidades no planejamento das políticas e expresso na intersetorialidade das políticas sociais protagonizada pelas misiones.

Após a pactuação da constituição e das regulamentações mínimas da política de saúde, que oferecia serviços à população, com investimento público, apesar de suas particularidades. Na década de 1990 com a crise financeira, e a dívida externa o governo adere às medidas neoliberais, que preconizam a diminuição do Estado nas áreas sociais, e privatiza os serviços e bens públicos.

Nesse rol de desregulamentação dos mínimos direitos sociais e trabalhistas, o governo regulamenta novas portarias, ementas que transferem a gestão dos serviços públicos bem como a execução de partes destes à iniciativa privada. Um exemplo notório são as ementas que dissipam as leis e a constituição deixando os serviços de saúde à complementaridade da iniciativa privada, quando o governo não faz (BRASIL, 1990). Então o Projeto de Lei 1749/2011 que substitui a MP 520, a qual autoriza a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, voltada para gestão dos hospitais universitários, de cunho privatizante.

O Plano Bresser deu início no Brasil à política de privatização, assumindo as orientações neoliberais diretamente, com redução do Estado, terceirização e privatização de bens e serviços. Mas principalmente as normatizações/legislações que desmantelam direitos sociais, flexibilizam a força de trabalho anos após anos. É chegada a década de 2000, com um governo que propunha uma contra oposição a política do governo anterior, mas seguiu a mesma política econômica sobre a égide do neoliberalismo, de forma sutil da continuidade a lógica privada. Nesse sentido, aprovou-se a ementa constitucional nº 29 cortando os recursos da saúde, criaram as fundações de direito privado, a lei de complementaridade e outras que expressam um Estado mínimo para as políticas sociais.

A análise realizada acerca das políticas públicas, e principalmente a política de saúde no Brasil e na Venezuela, levam a observação de que, enquanto um país vive a crescente ascensão das orientações neoliberais, de desmantelamento de direitos sociais, e privatizações. Este é fruto de uma democracia representativa, já o outro passa a construir a socialização da riqueza por meio das políticas sociais de acesso universal e financiamento público, marcado pelo protagonismo popular na tomada de decisão do poder, e ambos os países representam modelos distintos de sociedade.

Ainda pode se ressaltar que as medidas neoliberais são maléficas à sociedade, à medida que bens e serviços básicos são ofertados pelo mercado, e

toda riqueza produzida socialmente não é socializada, mas sim, concentra-se nas “mãos” de uma parcela muito pequena da sociedade. Está subordinada ao capital estrangeiro, não permite o desenvolvimento nacional por outras vias endógenas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] Essa é a dança do desempregado, quem ainda não dançou tá na hora de aprender, a nova dança do desempregado, amanhã o dançarino pode ser você. E bota a mão no bolsinho (não tem nada), e bota a mão na carteira (não tem nada), e não tem nada pra comer (não tem nada) e não tem nada a perder e bota a mão no trinta e oito e vai devagarinho e bota o ferro na cintura e vai no sapatinho e vai roubar só uma vez pra comprar feijão e vai roubando e vai roubando e vai virar ladrão e bota a mão na cabeça!! (é a polícia) e joga a arma no chão e bota as mãos nas algemas e vai parar no camburão e vai contando a sua história lá pro delegado "e cala a boca vagabundo malandro safado" e vai entrando e olhando o sol nascer quadrado e vai dançando nessa dança do desempregado [...] (Gabriel Pensador).

Este trabalho objetivou compreender o processo de privatização na política social como orientação às economias dependentes latino-americanas alinhadas ao neoliberalismo, além de debater sobre a inserção da iniciativa privada na construção das Políticas Públicas de Saúde, através de estudo bibliográfico documental de fontes primária e secundária sobre dois países latino-americanos: Brasil e Venezuela, cujos processos histórico-populares possuem suas peculiaridades, mas também características em comuns.

A conjuntura de ambos os países, nos trazem subsídios para compreensão da realidade sul-americana dada as suas especificidades. Este estudo se faz latente devido as recentes transformações políticas e estruturais de Estado, que corroborou para as alterações que se desencadearam nas políticas sociais. Esse processo vem desenvolvendo novos modelos de gestão nas políticas públicas, que nas últimas décadas sofreram profundas mudanças em alguns países da América Latina, dentre eles a Venezuela. E principalmente, mostra-nos a importância em compreendermos essas transformações para o serviço social que tem sua institucionalização contida na política social como forma de proteção social, um direito ofertado pelo estado capitalista a partir da luta, na organização dos trabalhadores.

O serviço social surge na contradição da política social face às expressões da “questão social”, para intervir na realidade. No processo de modificação da categoria profissional, esta perpassa a prática de controle do indivíduo e manutenção da ordem à transformação da sociedade via acesso e garantia dos direitos aos sujeitos sociais. Tornando a política social uma ferramenta de socialização dos bens

socialmente produzidos, de universalização dos direitos sociais no âmago do Estado. Assim o serviço social passa a operar nas políticas públicas de Estado implementando espaços de participação social e formulação de programas/ações sociais que visam à democratização, igualdade e universalidade bem como a superação da desigualdade e justiça social por meio de um novo desenvolvimento econômico (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2009).

Nesse processo de transformações sociais, políticas e estruturais se insere o serviço social na contradição do capital X trabalho. Para compreender o processo de privatização da política social na América Latina e perceber a dinâmica brasileira engendrada pelo sistema mundial capitalista dependente, desenvolveu-se para atingir tal objetivo, esta pesquisa bibliográfica e documental.

Iniciamos esse trabalho com intuito de conhecer a estrutura social e econômica que baliza as relações sociais no continente, principalmente devido ao modelo dependente e periférico de desenvolvimento do capitalismo que permeia esse continente. Com isso, pensar a dependência pela teoria social marxista da dependência formulado por Marini (1991) e como a América Latina ainda é subalterna a essas economias de centro, pelos organismos internacionais, e porque não consegue romper com essa lógica de dominação estabelecida no período colonial por parte das economias desenvolvidas europeias, e hoje também estadunidense.

Essa dominação que traz implicações desde o processo sócio-histórico que ora submetidas às economias de centro, ora transformando modelo social como o via protagonismo popular na construção de uma nova sociedade, que garante direitos universais, democracia participativa para além do controle social e políticas públicas.

Tais processos antagônicos, mas com elementos comuns na disputa entre as classes sociais que projetam na política pública de saúde o enfrentamento com o capital, para além de uma classe trabalhadora, de mão de obra das periferias latino-americanas para o capitalismo central. É pensar a partir da realidade desde continente, um novo projeto de política social e quiçá uma política pública de saúde que venha a contribuir na construção de um novo modelo de sociedade. Que garanta a socialização da riqueza socialmente produzida, e não seja apenas a um sinal de mera reprodução da classe trabalhadora ou de migalhas advindas da luta de

classes, e que se permita resolver os problemas que lhe são apresentados na realidade latino-americana.

Para compreender o papel da política social na América Latina, se faz importante salientar que tanto o Brasil quanto a Venezuela passaram por colonizações européias necessárias ao desenvolvimento do capitalismo Europeu, que ainda hoje deixam suas marcas.

O Brasil desde o início quando alvo da exploração portuguesa, sem interesse de povoamento, mas dada a necessidade de expansão territorial a concretizou com o tráfico negreiro devido o déficit populacional, criando uma colônia cuja elite era descendente portuguesa subordinados à Portugal, para exploração do território. Como não havia uma sociedade estruturada, esse processo deu-se pela escravização e morte dos índios. Assim as futuras relações comerciais e atividades financeiras seriam subordinadas a metrópole, pois não era interesse da elite local, que foi importante para acumulação de riquezas e acumulação capitalista de expropriação elevada da colônia, diferente da Venezuela.

Está que foi alvo dos espanhóis, era uma sociedade extremamente organizada e complexa, além de muitas riquezas amostra. Para a efetivação da exploração foi necessário à dizimação dos índios, para poder colonizar e extrair suas riquezas. Desse modo, a Espanha ocupou o território com sua própria população e iniciou a formação de instituições de Estado para dominar os povos locais e explorar, tornando a população local em mão-de-obra escrava.

Devido aos dois modos de colonização tem-se o subdesenvolvimento que se caracteriza pelo escoamento de riquezas às economias de centro, permitindo que essas desenvolvam-se, enquanto que as periféricas continuam na mesma situação de dependência. Essa condição consolida o processo de independência desses países que nascem baseados na escravidão, na concentração de terras, e também na produção de bens e serviços que são vinculados ao mercado externo. Uma relação de mercado dependente ao qual Florestan descreveu como quatro fases de denominação, que não perpassa por igual aos países latinos, ou seja, não são todos que passam pelas quatro fases de dominação externa (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010).

É com esses procedimentos de formações e transformações econômicas e sociais que a construção da política pública de saúde, frente à acumulação

capitalista e imperialista do século XIX, apresenta características da colonização, que se configura até a atualidade, através dos Estados capitalistas dependentes sul-americanos que compõem a periferia das economias de centro.

Logo, o desenvolvimento da América Latina é condicionado à criação do mercado capitalista moderno nos centros urbanos dessas ex-colônias, agora independentes, necessita de qualificação de mão-de-obra, novas instituições econômicas, e investimento nas infra-estruturas da economia, mas será sobre o controle do capital financeiro no espaço mundial que serão determinadas as políticas sócias no continente sul-americano.

Coube ao Estado no período pós-guerra intervir no enfrentamento à diminuição da produtividade nos setores de bens e serviços de consumo, e ainda criação de instituições assistencialistas para promover a ordem social e políticas anticíclicas de promoção ao desenvolvimento capitalista. Que caracteriza na periferia um sistema econômico de superexploração do trabalho, e a política social como reprodutora da mão-de-obra com uma estrutura política condicionada a um Estado privatizado, e uma democracia representativa que pouco inclui a participação popular.

É no bojo desses conflitos políticos, entre as classes dirigentes de um Estado e das classes subalternas que se configuram no interior do sistema capitalista as políticas sociais frente ao processo de reprodução social no mundo do trabalho, em embates políticos na busca pela satisfação das necessidades humanas (PAIVA; ROCHA e CARRARO, 1998). E nesse sentido as políticas sociais são necessárias, mas também, possuem uma relação imbricada no processo de dependência econômica e da superexploração do trabalhador, se travam as disputas dos interesses de classes, que também, conseguem assegurar e garantir alguns direitos, através da mobilização social.

O Estado cumpre a função de solucionar os “problemas sociais” resultantes das explorações do trabalho, expressão da “questão social” via políticas sociais. Contudo a política social na América Latina difere da européia³¹, pois, no continente europeu caracteriza-se por um Estado de pleno emprego com amplos serviços sociais, já na América Latina a política social assume outra configuração, uma vez

³¹ Considera-se a Europa anterior a crise da década de 2000. Atualmente, a mesma passa por uma reestruturação, bem como minimização do Estado e privatizações.

que cerca de 66% da população está inserida no mercado de trabalho informal, o que representa altos níveis de desemprego e salários baixíssimos.

Essa realidade dificulta pensar na Política Pública neste continente, dado a relação de dependência, o modelo de proteção social é implantado do centro econômico e nas periferias como se fossem as mesmas realidades. Por isso, implica pensar as políticas públicas de saúde na América Latina, de direitos sociais, de cidadania, que vá ao encontro da superação da condição de trabalho assalariado, no sentido universal dos direitos, de acesso ao excedente produzido e pela socialização das riquezas socialmente produzidas.

O percurso sócio-histórico latino-americano pode ser o mesmo, mas na estratificação e desenvolvimento dos Estados nacionais, onde se disputam as políticas públicas enquanto responsabilidade do Estado, o reflexo da luta de classe e da participação social demonstra elementos diferentes. A política pública de saúde submetem o Brasil e a Venezuela, a realidades diversas. No Brasil observa-se a incorporação das medidas neoliberais e em contra partida, na Venezuela há o protagonismo popular chamado de revolução bolivariana que nega inteiramente tais medidas e projeta um outro modelo de sociedade, cujas políticas são universais e públicas, e em todo espaço é exercido o controle social cotidianamente, pois não há regulamentações de quais são os espaços de participação popular/controlado social.

Para compreender a política pública de saúde e as configurações do Estado, cabe ressaltar que em ambos os países ocorreu mobilização social. É a partir desses movimentos, que repercutiram as lutas sociais no âmago do Estado entre a década de 1980 e 1990 na consolidação da saúde com suas peculiaridades.

No Brasil o movimento da reforma sanitária e a redemocratização do Estado foram o marco da regulamentação da política de saúde. Na Venezuela o movimento *caracazo* e o movimento bolivarianismo por uma nova constituinte marcaram o país. Ambos os países buscam a democracia, o caráter universal, a superação da desigualdade social, porém construídas por diferentes atores sociais, que repercutem distintos meios de organização e formatos.

No Brasil o processo democrático foi forjado, expressa uma democracia consentida, pois o processo de luta pela nova constituinte cidadã que iria garantir liberdade política, direitos sociais foi realizado no congresso sem participação popular. A constituinte 1988 foi um pacto entre as elites e a burguesia que estavam

no poder, os estratos das classes sociais brasileira não se uniram para a construção da constituinte. A constituição não permitia uma nova república, pois foi um pacto político, uma aliança da classe dominante para legitimar uma campanha popular.

As consequências desse pacto se expressam na Política Pública de Saúde, cujo movimento da reforma sanitária conseguiu poucos avanços, que na prática não se efetivam. Foi necessário processar novas leis pós-constituinte para organizar a saúde pública, para assumir as diretrizes expressas pelo movimento, tal qual a universalidade, igualdade, participação social entre outros. Estes preceitos se efetivam nas leis nº 8080/90 que regulamenta o sistema de saúde e a lei nº 8142 que dispõe acerca da participação comunitária e sobre o financiamento.

Na Venezuela, diferentemente do Brasil, o movimento *caracazo* é o ápice da luta contra a miséria, da corrupção e da desigualdade, onde estratos das classes médias estavam decaindo. O movimento foi uma explosão social espontânea, onde o povo foi à rua protestar contra o aumento de tudo e pedir o retorno da democracia. Posteriormente, após inúmeras movimentações chega ao governo Hugo Chaves prometendo uma nova constituinte, a chamada de revolução bolivariana, a qual leva o país para outro patamar, ou modelo social.

A participação popular é o marco do novo modelo de sociedade visado por Chaves, pois esta, permite a democratização da riqueza, por meio do excedente petrolífero, investidos nas políticas públicas, além de formas alternativas de produção interna, ampliação do acesso ao poder político, mobilização da população para um exercício cotidiano de vigilância política que as coloca na centralidade das ações governamentais, nas misiones bolivarianas.

Assim a *Misiones Barrio Adentro* representa a política de saúde para toda população de acesso universal e igualitário, que deslumbra a superação da desigualdade social com a intersectorialidade das políticas sociais e protagonismo popular. Assumindo junto a população um compromisso recíproco sociedade e Estado na garantia de direitos sociais, e para tanto, negação das medidas neoliberais.

Ao contrário da Venezuela, o Brasil encontra-se num desmantelamento de direitos. A década de 1990 é marcada pela ascensão das medidas neoliberais, de cujo privatizante e focalizante das políticas públicas.

Fator esse, que difere tais realidades. No caso do Brasil, o processo democrático brasileiro, é legitimado pela representatividade, já na Venezuela a participação popular mostra-se eficaz na construção de um novo modelo, principalmente na construção das políticas sociais.

O controle social instituído no Brasil como parte de um processo democrático caracteriza uma democracia representativa e não a participativa, a qual rege a Venezuela. Fato que regulamenta uma participação social falseada, institucionalizada e controlada pela classe dominante nos espaços públicos. Nesse sentido, a saúde foi uma política regulamentada, apenas dez anos após a carta magna devido à pressão do movimento sanitário, mas também a necessidade de saúde da população.

A caracterização da política pública de saúde, regida por uma nova concepção que aborda a qualidade de vida do indivíduo ao meio ambiente e acesso aos serviços e ações que as possibilitam tal qualidade, não se efetivam assim como a constituição e nas leis de normatização da política, pois os princípios de universalização, equidade, participação social, regionalização esbarram no acesso local, nas especializações médicas, na falta de financiamento que garanta sua efetividade e funcionalidade universal.

No processo de privatização da gestão e da política de saúde, inicia-se pelo desmonte dos direitos sociais e trabalhistas mínimos, o governo regulamenta novas portarias, emendas que transferem a gestão dos serviços públicos bem como a execução de partes destes à iniciativa privada. Um exemplo notório são as ementas que dissipam as leis e a constituição deixando os serviços de saúde à complementaridade da iniciativa privada, quando o governo não ofertar, aí o Projeto de Lei 1749/2011 que substitui a MP 520, a qual autoriza a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, voltada para gestão dos hospitais universitários, de cunho privatizante.

Ainda tem outros projetos privatizantes que orientados pelo neoliberalismo, sucumbem a estrutura do Estado, com a transferência dos serviços e bens à iniciativa privada, cabendo ao Estado supervisionar e oferecer os serviços para a classe subalterna que não tem condições de acessar ao mercado financeiro. Assim o Plano Bresser (1995) vai de governo após governo sendo implementado com a lei

que cria a fundação de direito privado, Organizações sociais entre outras instituições que assumem a gestão e operação das políticas públicas de saúde.

Em decorrência do exposto nesse trabalho, e das informações apresentadas acerca do Brasil e da Venezuela, no que se refere à política pública de saúde, concluí-se que o estudo conseguiu chegar ao seu objetivo face à análise e compreensão da inserção da iniciativa privada na construção do sistema público de saúde sobre os dois países.

Ao final ficou muito claro a importância da participação popular na construção da política pública que vai além de alguns espaços institucionalizados, mas todo e qualquer espaço é de fato público, e cada sociedade deve se organizar e fazer a disputa de classe para garantir que haja efetivação dos direitos sociais. Sem mobilização, participação social, coletividade não há forças para enfrentar a classe dominante capitalista hegemônica no poder. A estrutura do Estado está em disputa constante, para chegar ao patamar das maiorias sociais no poder, da divisão das riquezas socialmente produzidas.

Apesar do diferente contexto sócio-histórico do Brasil e da Venezuela, cabe observar os elementos que deram certo na democracia participativa deles para compreender a brasileira, visando transcender essa fase representativa. Logo o serviço social pode ser um dos atores sociais, com protagonismo ímpar na disputa de classe no interior do Estado, pois a política pública de saúde é historicamente o maior empregador de assistentes sociais, além de ser o profissional que trabalha no atendimento direto com os usuários podendo potencializar a participação popular, seja na gestão, assessoramento das políticas públicas ou na sua efetivação.

Tal estudo possibilitou analisar a realidade latino-americana com vistas às especificidades das economias dependentes no século XXI, onde a política social sofre desmantelamentos constantes. E para o serviço social esse processo torna-se latente, uma vez que objetiva garantir o acesso dos sujeitos aos direitos sociais, econômicos, políticos e culturais, e buscar a continuidade, das políticas sociais sobre um novo modelo também centrado no trabalhador informal, característica da dependência latino-americana na socialização das riquezas socialmente produzidas e num possível agente politizador do protagonismo popular.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. **Cespmmed**, 20?? Disponível em:

<<http://www.farmacia.ufmg.br/cespmmed/text1>> Acesso em: 04 out. 2011.

ALVAREZ, Víctor R. **La transformación del modelo productivo venezolano: Balance de diez años de gobierno**. Caracas: Republica Bolivariana de Venezuela, 2009.

BAGÚ, Sérgio. **Economía de La sociedad colonial: Ensayo de historia comparada de América Latina**. Cidade do México: Grijalbo, 1949.

BARROS, Pedro Silva. **Governo Chávez e desenvolvimento: A política econômica em processo**. Dissertação (Mestrado em Economia Política) – Programa de Estudos Pós – Graduados em Economia Política, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de Política Social. In: Ana Elizabete Mota... [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3º Ed. São Paulo: Cortez. 2008. p. 13 -39.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem paga a Conta? In: Ana Elizabete Mota... [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3º Ed. São Paulo: Cortez. 2008. p. 49 - 87

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível

em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>.

Acesso em: 14 de jan. 2012.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 1998**, 1998. Acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>.

Acesso em 17 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 19, de 04 de Julho de 1998**. Altera o artigo 19 da Constituição Federal de 1988 e Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm>. Acesso em 18 de Fevereiro de 2012.

BRASIL, **Plano diretor da Reforma do Aparelho de Estado**, de 1995, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/plandi.htm>. Acesso em 17 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de saúde Brasil de 1986**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 18 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 18 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 18 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Lei nº 9.656 de 03 de Julho de 1990**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em 18 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Lei nº 9637 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 17 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Lei nº 9790 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.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm> Acesso em 18 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Lei nº 11.079 de 30 de Dezembro de 2004.** Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm>. Acesso em: 19 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Projeto Lei 92 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.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=360082>>. Acesso em: 19 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Projeto de Lei 1749 de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=511029>>. Acesso em 17 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Medida Provisória 520 de 31 de Dezembro de 2010.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm>. Acesso em: 18 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Portaria Norma Operacional da Assistência a Saúde, Ministério da Saúde.** 27 de Fevereiro de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 18 de Fevereiro de 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo. Política de Saúde no Brasil. In: Ana Elizabete Mota... [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: 2006. p. 1 – 24. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso: 24 de set. 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo. Política de Saúde no Brasil. In: Ana Elizabete Mota... [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3º Ed. São Paulo: Cortez. 2008. p. 49 - 87

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza de. **Política de Saúde no Governo Lula**. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda Para a Saúde. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Rede Siríus/ Adufrj – Ssind, 2008. p. 25 – 35.

BUFALO, Enzo Del. 30 años de búsqueda. La Teoría Económica em América Latina. In: **Nueva Sociedad**. Nro.79, Septiembre-October, 1985. 26-33

BUFALO, Enzo Del. **El Estado nacional y economía mundial: La economía política de La globalización**. Face/UCV, tomo I e tomo II, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexão sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo. XXVII Ano. n. 87. 2006. p. 132 - 146.

COLEÇÕES Caros Amigos. **A ditadura militar no Brasil: A história em cima dos fatos**. São Paulo: Casa Amarela, 2007.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CUEVA, Agustín. **O desenvolvimento do capitalismo da América Latina**. São Paulo: Global, 1983.

DAL PRÁ, Keli Regina. As ações profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a consolidação do Sistema Único de Saúde
Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, ano II, dez. 2003. p. 1- 15. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/965/745>>
Acessada: 26 de fev. de 2012.

DA ROS, Marco Aurélio...[et al]. **Atenção Primária em Saúde na Venezuela; Misión Barrio Adentro I**. Florianópolis: Organização Pan-Americana da Saúde. 2009.

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: Marcos Bagrichevsky; Alexandre Palma; Adriana Estevão; Marco Aurélio Da Ros - org. **A saúde em debate na educação física**. Vol 2. Blumenau: Nova Letra, 2006.

SCOREL, Sarab; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59 – 82.

FEIJÓO, José Carlos Venezuela. O Estado neoliberal e o caso mexicano. In: LAURELL, Asa Cristina. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 11 – 52.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: Ensaio de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente: E classes sociais na América Latina**: 3ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

FERNANDES, Florestan. **A Constituição Inacabada; vias históricas e significado político**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

FERRADAS, Fiorella Macchiavello. O renascer do “espírito bolivariano” na América Latina. In: OURIQUES, Nildo (Org). **Raízes no Libertador: Bolivarianismo e poder popular na Venezuela**. Florianópolis: Insular, 2005.

FIGUEROA, **La estructura economica de Venezuela colonial**. 4ª Ed. Caracas: EBUC, 1996.

VENEZUELA. Republica Bolivariana. Projecto **Nacional Simón Bolívar; 7 líneas estratégicas**. Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social. Caracas. [2000].

FRIAS, Hugo Chávez. **Lanzamiento del Sistema Público Metropolitano de Saud**. Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social. Caracas. 2008.

FRÍAS, Hugo Chávez. **Queremos acabar com a pobreza? Demos poder aos pobres: A experiência venezuelana**. Reunião de Chefes de Estado da ONU, 2004.

FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**. 14ª Ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976.

FURTADO, Celso. **Ensaio sobre a Venezuela: Subdesenvolvimento com abundância de divisas**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

GALEANO, Eduardo. **As veias abertas da América Latina**. Porto Alegre: L&PM, 2010.

GONZÁLES, Lissete; LACRUZ, Tito. **Política Social en Venezuela**. 2007. Disponível em; <http://200.2.12.143/iies/bases/iies/texto/GONZALES_Y_LACRUZ_2007.PDF> Acessado: 20 de out. de 2011.

GOTT, Richard. **À Sombra do Libertador; Hugo Chávez e a transformação da Venezuela**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

IANNI, Octavio. **Estado e planejamento econômico no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

IZARD, Miguel. **Tierra firme: Historia de Venezuela y Colombia**. Madri: Alianza, 1986.

LANDER, Luiz E. Petróleo e Democracia na Venezuela: do fortalecimento do Estado à subversão soterrada e à insurreição aberta. In: OURIQUES, Nildo (Org). **Raízes no Libertador: Bolivarianismo e poder popular na Venezuela**. Florianópolis: Insular, 2005. p. 47 – 62.

LEAL, Leila. **Planos de Saúde: Setor suplementar ou privatização de direitos? O mercado dos planos privados no Brasil**. In: Revista Poli: Saúde educação trabalho. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 2011. p. 18 – 20.

MACHADO, Ednéia Maria. **Política Social: área especializada da política econômica**. In Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social, Ano 1, nº1, 2004.

MARIÁTEGUI, José Carlos. **Sete ensaios de interpretação da realidade peruana**. São Paulo. CLACSO. Expressão Popular. 2008.

MARINI, Ruy Mauro. Subdesarrollo y revolución. México D.F.: Siglo XXI, 1969

MARINI, Ruy Mauro. **Subdesarrollo y revolución**. Cidade do México: Siglo Veintiuno, 1974.

MARINI, Ruy Mauro. **Dialéctica de la dependencia**. México: Era, 1991.

MAZZUCO, Neiva Gallina et al. **As políticas sociais à luz da teoria da dependência: suas implicações no campo educacional**. In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Políticas sociais e desenvolvimento: América Latina e Brasil. São Paulo: Xamã, 2007. p. 193 – 209.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil; atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política: Um estudo de formuladores de políticas**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2006

MONENERAT, Giselle Lavinias; SENNA, Mônica de C.; SOUZA, Rosimary G. de. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. In: BRAVO, Maria Inês Souza. VASCONCELOS, Ana Maria de. et. al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 4º Ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 97 - 132

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a Ser Enfrentado pela Sociedade Civil In: Ana Elizabete Mota... [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: 2006. p. 1 – 17. Disponível em:
<http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-4.pdf> Acessado; 24 de set. de 2011.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade social brasileira: Desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). **Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 13 -39.

NETTO, José Paulo. O materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais. In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon.(Org.). **Estado e políticas sociais: Brasil – Paraná**. Cascavel: Edunioeste, 2003. p. 11 – 28.

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde Coletiva: história e paradigmas**. *Interface (Botucatu)*. 1998, vol.2, n.3, pp. 107-116.

OBEDIENTE, Mario Sanoja; VARGAS – ARENAS, Iraida. **La revolución bolivariana: História, cultura y socialismo**. Caracas: Monte Ávila, 2008.

OURIQUES, Nildo Domingos. Estados e políticas públicas na América Latina. In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães.(Org.). **Estado e políticas sociais no Brasil**. Cascavel: Edunioeste, 2001. p. 27 – 42.

OURIQUES, Nildo Domingos. A Revolução democrática bolivariana. Uma utopia latino-americana. In: OURIQUES, Nildo (Org). **Raízes no Libertador: Bolivarianismo e poder popular na Venezuela**. Florianópolis: Insular, 2005. p. 129 – 152.

PAIVA, Beatriz Augusto. O poder popular na Venezuela e a práxis bolivariana. In: OURIQUES, Nildo (Org). **Raízes no Libertador: Bolivarianismo e poder popular na Venezuela**. Florianópolis: Insular, 2005. p. 109 – 128.

PAIVA, Beatriz Augusto; OURIQUES, Nildo Domingos. Uma perspectiva latino-americana para as políticas sociais: quão distante está o horizonte. **Revista Katálisis**: Florianópolis, v.9, n. 2 jul/dez. 2006. p. 166-175

PAIVA, Beatriz Augusto de. Ciências Sociais e Políticas Sociais na América Latina. In: OURIQUES, Nildo; TAVARES, Elaine. (Org.). **O mapa da crise: a reinvenção das ciências sociais na América Latina**. 1ª ed. Florianópolis: Editora Insular, 2009, v. 01, p. 79-98.

PAIVA, Beatriz; ROCHA, Mirella; CARRARO, Dilceane. Política social na América Latina: ensaio de interpretação a partir da teoria marxista da dependência. In: **Ser social: Crise capitalista e política social**. Brasília: Kaco, v.12 n.26. 2010. p. 147 – 175.

PRADO JUNIOR, Caio. **História econômica do Brasil**. 21ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

PRADO JUNIOR, Caio. **Formação do Brasil contemporâneo: Colônia**. 23ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. **Constituição Bolivariana da Venezuela de 1999**. Conforme a la Gaceta Oficial nº 5453 de fecha 24 de Marzo de 2000. Caracas: Imprenta Nacional, 2000.

RENA. **Rede Nacional Escolar da República Bolivariana da Venezuela**. Ministério do Poder Popular para Ciência e Tecnologia. 2008. Disponível em: <<http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/historia/tema11.html>>. Acessado: 10 de out. de 2011.

REZENDE, Conceição A Pereira. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda Para a Saúde. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Rede Sirius/ Adufrj – Ssind, 2008. p. 25 – 35.

RIBEIRO, Darcy. **O dilema da América Latina: Estruturas de poder e forças insurgentes**. Petrópolis: Vozes, 1978.

RIZOTTI, Maria Luiza Amaral. **A construção do sistema de proteção social no Brasil: avanços e retrocessos na legislação social**. UEL: 200? Disponível em: <<http://sisnet.aduaneiras.com.br/lex/doutrinas/arquivos/construcao.pdf>> Acesso 20/02/2012.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CARVALHO, Manoela de; CONTERNO Solange Fátima Reis. As Políticas do Governo Lerner para o setor de saúde no Estado do Paraná (1995 - 2002). In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon.(Org.). **Estado e políticas sociais: Brasil – Paraná**. Cascavel: Edunioeste, 2003. p. 63 – 84.

ROCHA, Mirella Farias. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. **Participação popular nas políticas socioassistenciais na América Latina: estudo comparativo entre Brasil e Venezuela**. 250 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2009.

STÉDILE, João Pedro; SAMPAIO, Plínio de Arruda. História, crise e dependência do Brasil. In: **Cartilha n. 3 consulta popular**. 5ª Ed. São Paulo, 2003.

TURCI, Érica. Independência da Venezuela: primeiro país a libertar-se da colonização espanhola. Revista Pedagogia & Educação. 20???. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/historia/independencia-da-venezuela.jhtm>>. Acesso: 20 de fev. De 2012.

URÁN, Ana María Bidegain de. **Nacionalismo, militarismo e dominação na América Latina**. Petrópolis. Vozes. 1987.

VERSIANI, Maria Helena. Uma republica na constituinte: 1985 – 1988. In: **Revista brasileira de história**. São Paulo. V.30, n. 60, 2010. 233 – 252.

VIEIRA, Evaldo. Estado e Política Social na Década de 90. In: NOGUEIRA, Francys M Guimarães (Org). **Estado e políticas sociais no Brasil**. Cascavel: Edunioste, 2001. p. 17 – 26.

VIEIRA, Luiz Vicente. A constituição venezuelana de 1999 e a superação do sistema representativo parlamentar. In: OURIQUES, Nildo (Org). **Raízes no Libertador: Bolívarianismo e poder popular na Venezuela**. Florianópolis: Insular, 2005. p. 69 – 82.

WILKEN, Paulo Roberto C. Política de Saúde NOB 91 e NOB 92. 2010. Disponível em: <<http://farmahosp.blogspot.com/2010/11/politica-de-saude-nob-91-e-93.html>> Acessado: 25 de fev. de 2012.

WILLIAMS, Eric. **Capitalismo e escravidão**. Londres: Companhia Editora Americana, 1975.