



O PENSAMENTO DA SAÚDE COLETIVA NO LIMIAR DA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

Áquilas Mendes
Áurea Maria Zölner Ianni
Maria Cristina da Costa Marques

Resumo: resgata o pensamento crítico da economia política elaborado nos anos 1980, no campo de discussão da saúde coletiva, visando compreender suas contribuições teóricas e problematizá-las no contexto do capitalismo contemporâneo, principalmente para evidenciar as limitações da implantação da saúde pública universal pela perspectiva do Estado e da visão predominante no seu interior com redução de direitos sociais. Essas reflexões ampliam perspectivas para refletir criticamente sobre o pensamento econômico e social hegemônico no capitalismo contemporâneo e sobre o presente e o futuro da saúde como direito no Brasil.

Palavras-chave: Pensamento crítico, economia política, saúde coletiva, movimento da reforma sanitária.

Abstract: it rescues the critical thinking of the political economy elaborated in the 1980s, in the field of collective health discussion, in order to understand its theoretical contributions and to problematize them in the context of contemporary capitalism, mainly to show the limitations of the implantation of universal public health from the perspective of the State and the predominant vision within it with a reduction of social rights. These reflections broaden perspectives to reflect critically on hegemonic economic and social thought in contemporary capitalism and on the present and future of health as a right in Brazil.

Key-words: Critical Thought, political economy, collective health, health reform movement.

INTRODUÇÃO

Vivemos há quase 30 anos sob a égide de tensões e embates para assegurar o desenvolvimento de uma política pública universal da saúde, instituída na Constituição de 1988. Trata-se de período caracterizado por mudanças contemporâneas significativas marcado, em primeira instância, pelo triunfo de uma política neoliberal que vem assegurando uma racionalidade de “retorno ao mercado” nas políticas econômicas e sociais e, em última instância, por alterações no movimento do capital, em que o capital financeiro, principalmente na sua forma mais perversa de capital fictício, manteve-se soberano entre as diferentes modalidades de capital – industrial e comercial¹. Sua forma de atuação tem, entre outros efeitos, prejudicado os orçamentos do fundo público, o que compromete a manutenção dos direitos associados ao Estado Social ou a concretização dos novos direitos introduzidos naqueles países de capitalismo tardio, tal como o Brasil.

O quadro econômico e social, que se seguiu à criação do SUS no Brasil, é significativamente diferente daquele quando os países capitalistas avançados, principalmente europeus, construíram seus sistemas universais de saúde. Se antes, era possível verificar grande magnitude de recursos e um ambiente político e social favorável à construção da cidadania social, atualmente estes aspectos são disputados com o movimento do capital contemporâneo, sob a predominância do financeiro, cujo interesse é manter o pagamento dos juros da dívida pública e acessar recursos antes a ele proibidos. Neste sentido, observa-se um movimento muito mais associado ao fortalecimento da ideia de construção de uma “cidadania consumista” – o acesso à saúde pela via do consumo, sob o domínio do capital -, contrário à forma de acesso por meio do direito à saúde (SCHEFFER, 2015).

Neste contexto, esse artigo tem o objetivo de resgatar o pensamento crítico da economia política elaborado nos anos 1980, no campo de discussão da saúde coletiva, visando compreender suas contribuições teóricas e problematizá-las no contexto do

¹ Para o conhecimento desse contexto contemporâneo do movimento do capital e os efeitos sobre a saúde no Brasil, ver Mendes (2016).



capitalismo contemporâneo, principalmente para evidenciar as limitações da implantação da saúde pública universal pela perspectiva do Estado e das políticas públicas e da visão predominante no seu interior, por meio da abordagem neoclássica, com redução de direitos sociais. São analisados alguns autores considerados clássicos no campo da economia política da saúde, tais como Sonia Fleury Teixeira (1989; 1992), Jaime de Oliveira (1987) e Braga e De Paula (1981). A escolha dessas obras justifica-se por constituírem textos essenciais à época para melhor compreender a discussão sobre a especificidade do Estado capitalista brasileiro e a histórica relação entre a saúde e a acumulação capitalista no país.

Parte-se do pressuposto que o retorno a esse pensamento crítico contribui com a emergência de questões sobre o cenário para a saúde pública brasileira no contexto das transformações contemporâneas. Particularmente, essas reflexões ampliam perspectivas para refletir criticamente sobre o pensamento econômico e social hegemônico no capitalismo contemporâneo, sob a égide do neoliberalismo e sobre o presente e o futuro da saúde como direito no Brasil.

A partir da análise da contribuição teórica desses autores, algumas indagações merecem ser analisadas: até que ponto o Estado, por meio das políticas públicas, como destacado pelos autores analisados, ainda apresenta papel potencial e real de implementar e garantir direitos democráticos e sociais, especificamente o direito à saúde universal? Como entender a relação histórica entre a saúde e o modo de produção capitalista, de forma a caracterizar a possibilidade de essa política ser assegurada de forma emancipada no contexto do capitalismo contemporâneo? Em que sentido a trajetória do pensamento econômico, particularmente, de hegemonia da visão neoclássica e sua relação com a saúde pode contribuir para entender as limitações contemporâneas da implementação do direito à saúde?

Este artigo está estruturado em três partes, incorporando a síntese conclusiva. A primeira trata de especificar a configuração da relação entre Estado e Sociedade no que se refere ao direito à saúde, possibilitando o conhecimento da especificidade do Estado brasileiro e a análise histórica da relação da saúde e o modo de produção capitalista, sob a contribuição do pensamento de Sonia Fleury Teixeira e Jaime de Oliveira. A segunda parte trata de compreender a trajetória do pensamento econômico e sua relação com a saúde, com destaque para a natureza da visão neoclássica e sua presença marcante no início e no final do século XX, por meio da contribuição de Braga e Paula. A terceira parte, de conteúdo conclusivo, apresenta algumas questões sobre o cenário da Saúde Pública no Brasil no contexto do capitalismo contemporâneo que emergem a partir das contribuições teóricas analisadas nos autores em estudo.

A APROXIMAÇÃO DA NATUREZA ESPECÍFICA DO ESTADO CAPITALISTA BRASILEIRO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Teixeira (1989), ao analisar a relação entre o papel do Estado e a saúde, se apoia no referencial marxista, mas não deixa de utilizá-lo criticamente². Segundo essa autora, a incorporação de categorias marxistas para uma análise da intervenção do Estado na produção da política de saúde se orientou a partir da utilização da categoria *medicina estatal*. Essa categoria buscava apreender as alterações do aparelho do Estado, por um lado, e por outro, fornecer resposta às modificações do papel da medicina no processo de acumulação capitalista, particularmente em relação às alterações na prática médica enquanto ação estatal (TEIXEIRA, 1989, p.18).

Em crítica aberta à análise marxista mais influente da época - a interpretação "estruturalista"³ -, Teixeira explicita seus problemas, à medida que sua capacidade

² Sonia Fleury Teixeira, ao lado de Jaime de Oliveira – importantes formuladores da Reforma Sanitária Brasileira -, se apoiam no método marxista de intervenção política de Gramsci, criticando a corrente do estruturalismo althusseriano.

³ O principal representante marxista do método de análise estruturalista foi Althusser, particularmente após a publicação de *Pour Marx* (1965) e *Lire le Capital* (1966), com grande influência no meio acadêmico, inclusive



explicativa abandona a noção de causalidade em favor da concepção de determinação. Segundo ela, “[...] a utilização do modelo de determinação tem sofrido frequentes *truncamentos mecanicistas*, ao procurar enquadrar as políticas sociais ora sob o ângulo da acumulação, ora sob a perspectiva da legitimação” (TEIXEIRA, 1989, p. 19, grifos nossos).

Para se contrapor ao que intitula de ‘truncamentos mecanicistas’, Teixeira propõe o estudo sobre a democracia e reforma sanitária, no contexto do período pós-constituente no Brasil, recorrendo à perspectiva crítica inspirada na análise da economia política marxista, com particular ênfase à abordagem gramsciana. Para tanto, amplia com outras reflexões teóricas, principalmente as que consideram o próprio desenvolvimento da **cidadania** no Estado moderno, estabelecendo padrões de direitos sociais próprios a cada nação (TEIXEIRA, 1989, p.20).

Embora a autora reconheça a importância da concepção histórico-estrutural à área da saúde, como um novo paradigma no conhecimento da relação entre medicina e sociedade e consequentemente do papel do Estado nessa relação – fortalecida pela articulação dos três níveis econômico, político e ideológico -, argumenta criticamente à redução da análise dessa concepção. Para se contrapor a isso, Teixeira defende que o conceito de cidadania abrange o nível do político de forma mais completa. Para ela, “a cidadania é, ao nível político, a abstração necessária à constituição, fundamento e legitimidade do poder político” (p.20). Isso porque, ela implica igualdade formal entre os indivíduos isolados frente ao Estado, negando a existência das relações contraditórias de exploração, das classes sociais, dos atores coletivos, sendo fundamental para a construção das ideias liberais de um Estado como representante da vontade coletiva (TEIXEIRA, 1989, P.21)

Nessa perspectiva, ao colocar a cidadania como uma categoria fundamental na sua análise sobre a formulação para uma Teoria para a Reforma Sanitária Brasileira, especialmente num país da periferia do capitalismo, Teixeira busca compreender a questão da cidadania não somente enquanto espaço de consenso entre as classes, mas principalmente como espaço de fortalecimento de luta e contra-hegemonia das classes subalternas.

É fundamentalmente neste espaço da conformação da cidadania – e das distintas cidadanias – que Teixeira reinterpreta o papel do Estado e das disputas entre classes com interesses antagonísticos em seu interior, o que deve requerer uma ampliação da concepção do Estado.

É no tratamento dado à questão do Estado, particularmente do nosso Estado periférico capitalista, que podemos apresentar os aspectos abordados por Teixeira (1992), dando continuidade às hipóteses relacionadas em seu livro de 1989, a respeito das análises das políticas públicas, em geral, e da saúde em particular.

A autora busca compreender a crise do Estado moderno e parte de advertências metodológicas da matriz de Poulantzas⁴ (TEIXEIRA, 1992, p.19): a crise como acentuação dos elementos genéricos presentes e permanentemente em ação num contexto contraditório; particularmente no contexto da fase do capitalismo monopolista em vigência até os anos 1980, em que o novo papel econômico do Estado implica relações novas entre a crise econômica e político ideológico, revestindo-se, então, de um caráter estrutural.

Na realidade, Teixeira se utiliza do tema Estado em crise como instrumento teórico e metodológico para propor uma contraposição aos estudos europeus sobre o Estado e reforçar a visão das particularidades da relação entre o Estado e a sociedade na América Latina. Dessa forma, possibilita a formulação de questões específicas ao Movimento da

no Brasil, ao longo das décadas de 1960 e 1970. Por sua vez, ao lado do estruturalismo marxista, Gramsci também ganha grande destaque nos debates marxistas nessa época, após as publicações dos Cadernos do Cárcere, editadas por Togliatti em 1947 e 1951, e por Guerratana em 1975. Como mencionado na nota 5, os autores aqui analisados recorrem à visão gramsciana. Para uma interpretação crítica à leitura desses autores sobre Gramsci, ver Silva (2016).

⁴ Trata-se do filósofo grego Nico Poulantzas (1936–1979). Dentre vários autores marxistas, Poulantzas se destaca pelo estudo da autonomia relativa do Estado em relação à economia. Para essa abordagem, ver Poulantzas (1985).



Reforma Sanitária: de que forma a tradição marxista europeia influenciou a interpretação do Movimento da Reforma Sanitária? Quais são as especificidades da relação entre sociedade e Estado burguês latino-americano? Qual era a crise permanente de representatividade? Que tipo de institucionalidade era possível? Tais indagações mantêm-se, inclusive, importantes para serem debatidas no contexto contemporâneo e serão retomadas, a medida do possível, na seção 3 deste artigo.

Oliveira (1987) expõe uma periodização da história da política de saúde brasileira no pós-1964 organizada em duas etapas. A primeira compreende o período entre os anos 1960 a primeira metade dos anos 1970, em que fica caracterizado a predominância de privilégios dos interesses econômico-corporativos do empresariado privado da saúde. A segunda etapa se segue a partir da segunda metade dos anos 1970 em que fica evidente uma crise econômica e política, que nas palavras do autor se explicita por uma crise de legitimação e fiscal. É nessa etapa que o regime autoritário passa da fase do milagre econômico para à “abertura” política gradual, com proposições dirigidas ao controle, reforma e racionalização do modelo assistencial anteriormente estabelecido. Entretanto, o autor chama a atenção que essas proposições enfrentaram fortes barreiras políticas para serem adotadas (OLIVEIRA, 1987, p.202).

É nesse cenário conturbado de crise que se cria um novo espaço para possíveis mudanças no modelo assistencial, especialmente de caráter racionalizador. Oliveira (1987) argumenta que, nesse contexto, abre-se uma oportunidade para o movimento sanitário sugerir uma nova agenda para o setor, nos marcos e em função da crise fiscal e de legitimidade do Estado. Dessa forma, segundo Oliveira (1987), fica estabelecido um compromisso com novas propostas para o modelo de atenção à saúde, recuperando a eficácia político-ideológica das políticas públicas. Assim, para esse autor, o rumo a ser seguido seria aproveitar as brechas e reforçar a *guerra de posição* no aparelho estatal, conforme noção denominada por Gramsci e em consonância com os seus conceitos de “hegemonia” e de Estado ampliado (sociedade política *mais* sociedade civil), respondendo à modernidade da ordenação política contemporânea do século XX.

Oliveira insiste na noção de *guerra de posição*, em oposição à *guerra de movimento* (estratégia bolchevique de tomada revolucionário do poder do Estado), como orientação estratégica para a luta pelo socialismo no Ocidente. Além disso, ele reforça o argumento que essa defesa da *guerra de posição* no interior do Estado é ampliada, no pós-1945, por Togliatti⁵ que cria o conceito de Democracia Progressiva. Tal noção de guerra de posição / democracia progressiva não se reduz à estratégia socialdemocrata de apenas uma “ocupação” do Estado capitalista. Oliveira reafirma a importância de existir uma “quebra do Estado”, na perspectiva marxista, enquanto um aspecto central da transição para o socialismo. Parte-se da ideia de que a “quebra do Estado” deve incluir a promoção de alterações estruturais no interior do Estado Capitalista, como sua tendência à burocratização e centralização, respondendo à sua natureza de classe.

Vejamos que Oliveira ao não ser partidário apenas de uma ocupação do Estado, remete a luta do movimento da reforma sanitária à constante lembrança que seu papel deve ser sempre guiado pela preocupação de “quebra do Estado”.

Torna-se claro que Oliveira se apoia na noção Togliattiana de Democracia progressiva, associando-a a sua defesa de *guerra de posição*, à medida que para sua visão o momento da *guerra de movimento* estaria superado pela história. Nessa perspectiva, Oliveira destaca o papel que as “Políticas Públicas”, especialmente as políticas sociais,

⁵ Palmiro Togliatti foi um político e dirigente do Partido Comunista da Itália. Entre 1944 e 1946 integra o governo italiano, ocupando os cargos de ministro sem pasta, da Justiça e de vice-primeiro-ministro. Foi Deputado desde 1947 e após o XX Congresso do PCUS apresenta a *Via Italiana al Socialismo*, que lança as bases para a virada do partido, mais tarde consolidada com o «eurocomunismo». Tal vertente surge entre os partidos comunistas dos países da Europa Ocidental, particularmente Itália, França e Espanha, na década de 1970, apresentando-se como uma versão democrática da ideologia comunista, buscando uma "terceira via" entre a socialdemocracia clássica e os regimes comunistas então implantados no Leste europeu e estruturados em torno da burocracia do partido único, ver < https://www.marxists.org/portugues/dicionario/verbetes/t/togliatti_palmiro.htm>.



deveriam cumprir ampliando as fronteiras do Estado para uma hegemonia alternativa, de forma a pautar o caminho para o movimento da reforma sanitária.

Por sua vez, Oliveira (1987) não deixa de considerar que as políticas públicas são funcionais ao Estado capitalista, sendo essenciais ao modo de produção capitalista. Oliveira explicita que as “Políticas Públicas” buscam garantir duas condições de reprodução da ordem estabelecida no interior do modo de produção capitalista: as “econômicas” e as “político-ideológicas”. Contudo, esse autor, ao retomar esse padrão das políticas públicas, as problematizam em relação à estratégia por ele anteriormente defendida.

Sem dúvida, as questões apresentadas por Oliveira embasavam um debate mais profícuo acerca dos rumos de mudanças que a sociedade brasileira deveria seguir no contexto da democratização no país, particularmente, no âmbito do campo de ação do setor saúde, especialmente do movimento da Reforma Sanitária. Ainda que Oliveira defendesse a via de transformação da sociedade pela “guerra de posição / democracia progressiva” por meio do fortalecimento de “políticas públicas”, não desconhecia os fatores limitantes dessa forma e função que também desempenham para o modo de produção capitalista. Entende-se que Oliveira, como um teórico do campo da saúde coletiva, ao mesmo tempo que propunha um caminho pela via institucional, também alertava para os riscos desse processo.

O PENSAMENTO ECONÔMICO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE: a preponderância da visão neoclássica

Considera-se importante retomar a contribuição de Braga e De Paula (1981) à medida que discutem a relação da questão da saúde com o pensamento econômico, ao longo de sua trajetória em consonância com a história do capitalismo, apresentando proposições para esse pensamento, em crítica direta à visão neoclássica, que permaneceu inspiradora do pensamento neoliberal dominante há quase 40 anos. O retorno ao estudo desses autores constitui-se instrumento essencial para refletir sobre os limites que a saúde universal vem sofrendo justamente nesse período, em que se faz presente, de forma hegemônica, o pensamento neoclássico no âmbito, inclusive, de todas as políticas sociais. Seus efeitos, entre outros, vêm prejudicando os orçamentos do fundo público, o que compromete a manutenção dos direitos associados ao Estado Social ou a concretização dos novos direitos sociais introduzidos naqueles países de capitalismo tardio, tal como o Brasil.

Braga e De Paula (1981) argumentam que no decorrer da história do capitalismo, a questão da saúde vai ocupando um espaço crescente enquanto problema social e como tema de reflexão no pensamento econômico. Segundo esses autores, é possível verificar que a questão da saúde se insinua como tema de reflexão, desde os mercantilistas e fisiocratas (sécs. XVI e XVII), passando pela economia política clássica nos séculos XVIII e XIX (inclusive na sua crítica por Marx), até à vigência da teoria neoclássica, nascida na última terça parte do século XIX.

Nesse caminho de relacionarem a questão da saúde e o pensamento econômico, Braga e De Paula (1981) comentam que até Marx, esse pensamento não havia se preocupado com essa questão de forma específica, até porque não existiam aparelhos de atenção à saúde – com exceção da Polícia Médica. Somente no final do século XIX, com a montagem e estruturação de tais sistemas de atenção à saúde, é que o pensamento neoclássico — de Alfred Marshall (principalmente), Jevons, Walras, Menger etc. — incorpora essa questão de maneira mais elaborada. A preocupação central dos neoclássicos é com a microeconomia, destacando a questão da eficiência da unidade produtiva e a melhoria de sua administração. Neste sentido, Braga e De Paula advertem que a noção do campo da economia da saúde passa a ser valorizada, destacando sua apreensão por meio da definição de Selma Mushkin, da John Hopkins University, com a publicação da Revista, *Public Health Report*, em 1958:

“Economia da saúde é o campo de investigação cujo tema é o **uso ótimo de recursos** para o cuidado de doentes e a promoção da saúde. Sua tarefa é avaliar a **eficiência** da



organização dos serviços de saúde e sugerir meios de melhorar sua organização” (BRAGA e DE PAULA, 1981, p.19, grifo nosso).

Por sua vez, Braga e De Paula criticam essa visão de “economia da saúde” com o seguinte comentário: “restringem a questão da saúde à análise de **indústria do cuidado à saúde**, atribuindo-lhe, na prática, as determinações dos níveis de saúde da população” (p.20, grifo nosso).

Em continuidade à crítica desses autores, insistem que o pensamento neoclássico deixa de lado os elementos de reprodução do capital no setor saúde, reduzindo seu escopo à microeconomia (a atividade produtiva), como também todos os outros fatores a influenciar os níveis de saúde da população e daí à discussão da promoção à saúde.

ALGUMAS QUESTÕES SOBRE OS DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NO CONTEXTO DO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO.

Os autores do campo da saúde coletiva, aqui analisados, tratam de reflexões fundamentais que contribuem para iluminar criticamente os novos “tempos turbulentos” do capitalismo contemporâneo financeirizado e seus efeitos sobre a saúde pública universal brasileira, principalmente nos últimos 30 anos, de dominância neoliberal/neoclássica. De um lado, evidenciam-se os efeitos da dinâmica do movimento do capital contemporâneo, que tem sob comando o capital portador de juros (capital financeiro) e sua insaciabilidade pela apropriação dos recursos do fundo público da seguridade social e da saúde. De outro lado, destacam-se as consequências perversas da política macroeconômica restritiva, implementada pelos governos Dilma e Lula, dando prosseguimento ao que era feito por Fernando Henrique Cardoso, com o objetivo central de assegurar o cumprimento de metas de inflação e a obtenção de elevados superávits primários, resultando em constante pressão para que o gasto público fosse diminuído, o que, no SUS, assumiu a forma de contingenciamento.

Nessa perspectiva, a contribuição de Teixeira (1989) a respeito da relação entre o papel do Estado e a saúde, apostando no espaço de crescimento dessa última no interior do primeiro, passa a perder maior sentido nesses últimos 37 anos e deve ser relativizada no âmbito de uma análise mais aprofundada sobre os desafios da saúde. A interpretação da autora restringe à uma concepção essencialmente politicista, subordinando o econômico ao político – o Estado. Ao criticar a concepção da determinação econômica, sob inspiração do estruturalismo marxista, a que intitula de “truncamentos mecanicistas”, distancia-se, assim, de uma abordagem que contemple com estreitas ligações entre o estado e o movimento do capital, à medida que rejeita a associação da agenda da saúde à luta de classes, valorizando o espaço da luta pelo direito do cidadão.

Vejamos que nesse novo tempo do mundo, sob a supremacia do capital financeiro, tal análise de Teixeira se torna frágil, à medida que o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, sobretudo em resposta à crise do capitalismo e não à crise do Estado como argumentam Teixeira e Oliveira (1986), impondo riscos à saúde universal, constituindo-se no espaço prioritário do capital. Constatam-se vários aspectos que vêm enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando, por exemplo, o financiamento do SUS a partir de 1990 (MENDES, 2016). Destacamos: as crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) – de gestão privada -, por meio da implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (em vigor há 17 anos) que limita o aumento do gasto com pessoal, favorecendo o incremento das despesas com serviços de terceiros; o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêuticas; a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei 13.097/2015; a aprovação da EC 95/2016 que congela o gasto público por 20 anos aniquilando a saúde, à medida que não limita os juros e outras despesas financeiras. Para se ter uma ideia, em 2015, o Brasil gastou 8,5% do PIB, cerca de R\$ 500



bilhões com o pagamento de juros da dívida pública (indexado à maior taxa de juros do mundo – 14,25%), isto é, cinco vezes a mais que o gasto do Ministério da Saúde nesse ano (LACERDA, 2016).

Daí a complicada opção de Fleury em priorizar para a luta do campo da saúde coletiva a noção da cidadania enquanto relação individual de direito entre o cidadão e o Estado, reconhecendo seu papel fundamental para a “constituição, organização e luta das classes dominadas” (p.20). No momento contemporâneo de exacerbação da racionalidade neoliberal, de individualização mediada pelo consumo, o indivíduo vê na compra do serviço de saúde uma forma potencialmente mais adequada à sua realidade, distanciando-se da luta pela construção do direito social. A ideia de autonomia na sua trajetória particular expressa neste caso no acesso mais rápido e direto ao consumo lhe parece a melhor opção. Ou seja, para além da pressão das corporações privadas no âmbito da assistência à saúde, o SUS se vê desafiado pelo desejo do “cidadão consumidor” no contexto do capitalismo contemporâneo. Assim, entende-se, contrariamente à Fleury, a importância de reconhecer o local da luta de classes no contexto sócio histórico da saúde no mundo e no Brasil, principalmente na fase do capitalismo contemporâneo. Nessa medida, pode-se dizer que emerge uma diáspora entre o modelo de acesso universal gratuito e o da compra de serviços de saúde, disseminando a “cidadania consumista”, distante do pleito da cidadania defendida por Fleury.

Com a concretização desse novo tempo do mundo deve-se retomar a fecunda discussão à luz da perspectiva crítica inspirada na análise da economia política marxista sobre a perversa relação entre o público e o privado, especialmente a partir dos anos 1980-90, imprimindo um papel ao Estado brasileiro em consonância com as diretrizes da racionalidade do mercado, ampliando as chamadas contrarreformas. Nesse contexto, ressaltam a precariedade das condições e processos de trabalho, a privatização do espaço público na saúde e a adoção de instrumentos de gestão pública que favorecem a avaliação de desempenho, voltada prioritariamente para o alcance de resultados produtivos e eficientes, com base na visão neoclássica de que nos descreve Braga e De Paula (1981).

Além disso, nessa linha de reflexão sobre a relação da saúde e o Estado, principalmente no contexto contemporâneo, devem-se ser resgatados os alertas que Oliveira (1987) já se referia quando pensava o desafio da saúde pública para os anos posteriores à Constituição de 1988, privilegiando o campo de atuação do espaço institucional do Estado, por meio das políticas públicas. Ainda que para esse autor a saúde devesse aproveitar as brechas e reforçar a “guerra de posição” no aparelho estatal, assegurando a construção da “democracia progressiva”, chamava a atenção para a necessária “quebra do Estado”, promovendo modificações estruturais no seu interior. Oliveira sinalizava o perigo que a aposta nas políticas públicas poderia incorrer, limitando o espaço de construção do movimento da reforma sanitária à forma e função que as políticas públicas podem desempenhar para a dinâmica do capital. Passados 29 anos de implementação do SUS, tal argumentação ganha sentido, à medida que assistimos ao processo de tecnificação das políticas públicas de saúde, via prioridade dos aspectos de gestão da área em detrimento à construção dos aspectos políticos e econômicos de produção da saúde.

Mais recentemente, a saúde tem experimentado o período de retrocesso. A atuação do seu ministro, nesse curto período do governo Temer, vem respondendo muito mais à sua relação com o setor privado, por meio de ampliação das parcerias, inclusive com o capital estrangeiro, reduzindo os gastos com saúde pública estatal, contribuindo com o desmonte do SUS, num claro retrocesso das políticas sociais. Várias medidas vem sendo encaminhadas por esse ministro no sentido de direcionar a saúde para o livre mercado: projeto de lei da Câmara nº 4.918/2016, que possibilita a privatização de todas as empresas públicas, sejam elas municipais, estaduais ou federais, entre elas, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica que flexibiliza a forma como a Atenção Primária à Saúde - APS é operacionalizada no Brasil, por meio da Estratégia de Saúde da Família, apontando para o aprofundamento da privatização da saúde no país e condenando a atenção básica a um caráter residual e



assistencialista, diametralmente oposto a sua possibilidade de reordenação do sistema de saúde, em termos da efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e resolutividade do SUS; projeto de lei que revisa a Lei dos Planos, assegurando a liberalização para a venda de pacotes de assistência médica mais baratos – os ditos planos populares de saúde –, porém de menor cobertura e de pior qualidade (SCHEFFER, 2017; FNCPS 2016, 2017).

Assim, o resgate aqui realizado sobre as diversas questões trabalhadas pelo pensamento crítico da economia política dos anos 1980, no campo da saúde coletiva, contribui para uma melhor problematização do contexto do capitalismo contemporâneo e as limitações da implantação da saúde pública universal pela perspectiva do Estado e das políticas públicas e sua visão neoclássica predominante no seu interior.

Por fim, insistimos que é preciso recuperar Braga e De Paula (1981) no sentido de suas críticas ao pensamento neoclássico/neoliberal, atualizá-las e articulá-las muito bem com essa degradante situação que a saúde universal, por meio do SUS, vem enfrentando com as transformações contemporâneas do modo de produção capitalista e de sua relação com a forma Estado no nosso país. Sem dúvida, trata-se de obra essencial para ampliar o horizonte daqueles sanitaristas preocupados com o campo da saúde coletiva e para não ficarem restritos à uma análise dissociada do perverso movimento totalizante do capital, como aquele que configurou o cenário mais geral nesses últimos quase 30 anos e que parece se apresentar potente para o futuro.

REFERÊNCIAS

BRAGA, José Carlos; DE PAULA, Sergio Goes. Capitalismo e Pensamento econômico: a questão da saúde. In: BRAGA, José Carlos; DE PAULA, Sergio Goes. **Saúde e Previdência**: estudos de Política Social. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981. Cap.1

CHESNAIS, François. **Finance capital today**. London : Historical Materialism Series, 2016.

DUARTE, Ligia Schiavon. **Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS**: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (1992-2014). 2016. Tese (Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP,

FNCPS. **FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. O Ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde**. Nota da FNCPS. Rio de Janeiro: FNCPS, 2016. Disponível em: http://www.asfoc.fiocruz.br/portal/sites/default/files/fncps_2016_nota_gov_temer_diag_ramada_versao_final.pdf. Acesso direto em: ago.2017.

FNCPS. **FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE**. Reflexão da FNCPS sobre a proposta de revisão da PNAB. Rio de Janeiro: FNCPS, 2017.

Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/>. Acesso direto em: ago.2017.

KLIMAN, A. **The failure of capitalist production**. London: Pluto, 2012.

LACERDA, Antonio Correa. *Crônica de um (des)ajuste anunciado*. Dowbor, L et al. **A crise brasileira**. São Paulo: Contracorrente, 2016. p. 149-168.

MARX, Karl. **O Capital**: contribuição à crítica da economia política, Vol. I. Boitempo Editorial: São Paulo, 2013.



MENDES, Áquilas. Os impasses dos direitos sociais trabalhistas e do financiamento da seguridade social e da saúde brasileira no capitalismo contemporâneo em crise. In: SOUZA, H.; MENDES, A. (orgs.) **Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo**: enfermagem em foco. Rio de Janeiro: Doc Content, 2016. p. 15-41

OLIVEIRA, Jaime. D. A. **Reformas e Reformismo: “Democracia Progressiva” e Políticas sociais (ou “Para uma teoria política da Reforma Sanitária”)**. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ. 4(3): 360-387, out/dez, 1987.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder, o socialismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ª edição, 1985.

SCHEFFER, MÁRIO. **O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro**. *Cadernos de Saúde Pública* (ENSP. Impresso), p. 663-666, 2015.

SCHEFFER, MÁRIO. **O plano dos Planos de Saúde**. *Tendências & Debates*. Folha de São Paulo, agosto de 2017, p.3.

SILVA, Thiago Henrique dos Santos. **Força ou Consenso**: a Reforma Sanitária Brasileira entre o Dilema Reformista e o *Minotauro* da Saúde. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2016. 189p.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. (Org.). **Reforma sanitária**: Em busca de uma teoria. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 232p.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. (Org.). **Estado y políticas sociales en América Latina**. 1. ed. UAM - X/ENSP, 1992.