



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL**

Jarbas Ricardo Almeida Cunha

**AVANÇOS E RETROCESSOS DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL:
UMA ESPERANÇA EQUILIBRISTA**

**Brasília
Julho de 2014**

Jarbas Ricardo Almeida Cunha

**AVANÇOS E RETROCESSOS DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL:
UMA ESPERANÇA EQUILIBRISTA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Evilasio da Silva Salvador

**Brasília
Julho de 2014**

Jarbas Ricardo Almeida Cunha

**AVANÇOS E RETROCESSOS DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL:
UMA ESPERANÇA EQUILIBRISTA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Evilasio da Silva Salvador

Aprovada em Julho de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Evilasio da Silva Salvador (PPGPS/UnB) – Orientador

Prof.^a Dr.^a Ivanete Salete Boschetti (PPGPS/UnB) – Titular

Prof.^a Dr.^a Sílvia Badim Marques (FCE/UnB) – Titular

Prof.^a Dr.^a Sandra Oliveira Teixeira (PPGPS/UnB) – Suplente

O Bêbado e a Equilibrista

Autores: João Bosco e Aldir Blanc

Caía a tarde feito um viaduto
E um bêbado trajando luto
Me lembrou Carlitos
A lua tal qual a dona do bordel
Pedia a cada estrela fria
Um brilho de aluguel
E nuvens lá no mata-borrão do céu
Chupavam manchas torturadas
Que sufoco!
Louco!
O bêbado com chapéu-coco
Fazia irreverências mil
Pra noite do Brasil
Meu Brasil!
Que sonha com a volta do irmão do Henfil
Com tanta gente que partiu
Num rabo de foguete
Chora
A nossa Pátria mãe gentil
Choram Marias e Clarisses
No solo do Brasil
Mas sei que uma dor assim pungente
Não há de ser inutilmente
A esperança
Dança na corda bamba de sombrinha
É em cada passo dessa linha
Pode se machucar
Azar!
A esperança equilibrista
Sabe que o show de todo artista
Tem que continuar

DEDICATÓRIA

A Roberto Pinheiro Côrtes (*in memoriam*), um grande capixaba que ousou lutar para que os sonhos superassem a dor. Conhecê-lo foi fundamental para eu continuar vivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores/as do Mestrado em Política Social, em especial ao meu orientador Prof. Dr.^o Evilasio Salvador, pela seriedade, competência e dedicação que me serviram de grande aprendizado.

Às professoras Dr.^a Ivanete Boschetti e Dr.^a Potyara Pereira, por ministrarem aulas que estarão gravadas na minha memória afetiva por um bom tempo.

Aos companheiros/as de UnB, especialmente aos amigos Maria Cecília, Robert Gouveia e Micheli Milanski, pelas discussões, viagens, livros e almoços no RU.

Aos lutadores do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

Ao livreiro Chiquinho, com quem aprendi grandes histórias e estórias, além de importantes dicas de leitura.

À servidora Domingas, que sempre me auxiliou para a resolução de meus problemas com a burocracia universitária.

À equipe do Programa de Direito Sanitário (PRODISA) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/Brasília), à qual tive o prazer de fazer parte durante alguns anos e aprender bastante sobre Direito Sanitário. Agradecimento especial à Dr.^a Maria Célia Delduque e a Sandra Mara Campos Alves, pelos constantes ensinamentos.

À equipe da Coordenação Geral de Regulação da Gestão do SUAS do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), especialmente Karoline Aires Ferreira Olivindo, Izabela Adjuto Cardoso Fernandes e Kenia Flor Tavares, pela compreensão e companheirismo na reta final da Dissertação.

À Prof.^a Dr.^a Sílvia Badim Marques, uma grande companheira e amiga na luta pela efetivação do direito à saúde.

À querida Daniela Comim que, com sua sensibilidade poética, me deu aquele providencial sopro de vida que eu tanto necessitava.

RESUMO

Este trabalho de dissertação tem como finalidade analisar os avanços e retrocessos do direito sanitário brasileiro, desde a redemocratização do país, passando por sua constitucionalização, até as consequências da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) pós-Constituição da República de 1988. Analisamos, de maneira histórico-dialética, os aspectos políticos, econômicos e sociais do direito à saúde no Brasil em três décadas, de 1980 até os anos 2000, destacando os retrocessos sanitários doutrinários, como o mínimo existencial e a reserva do possível, assim como os retrocessos sanitários institucionais, como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a não aprovação dos 10% da Receita Corrente Bruta da União nos investimentos em saúde pública. Ao final, apresentamos propostas que se contrapõem aos retrocessos sanitários, como o princípio da proibição do retrocesso social e a auditoria constitucional da dívida pública.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Retrocessos Sanitários. Princípio da Proibição do Retrocesso Social. Auditoria da Dívida.

ABSTRACT

This dissertation aimed to analyze the advances and retreats of the Brazilian health law, since the democratization of the country, through its constitutionalization, until the consequences of the implementation of the Unified National Health System (SUS) after the Constitution of 1988. Employing a dialectical and historical approach, we analyze political, economic and social aspects of the right to health in Brazil in three decades, from 1980 until the 2000s, highlighting the doctrinal health setbacks, as the “existential minimum” and “reserve of the possible”, as well as institutional health setbacks, such as the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) and not effecting the 10% of Gross Current Revenue of the Union investments in public health. At the end, we present proposals that are opposed to health setbacks, such as the principle of the prohibition of social regression and constitutional audit of public debt.

Keywords: Right to Health. Health Setbacks. Principle of the Prohibition of Social Regression. Debt Audit.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Força de trabalho dos HUFs.....	97
Gráfico 2 – Totalização das dívidas dos HUFs.....	98
Gráfico 3 – Previsão do Orçamento Geral da União para 2014	135
Gráfico 4 – Ministério da Saúde (MS): execução do gasto total por fonte de recursos, CPMF e demais fontes (1995 – 2011).....	143
Gráfico 5 – Gasto em ASPS das três esferas de governo em relação ao PIB (2000 – 2011)	146

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – 10 motivos para ser contra a EBSEH	106
---	-----

LISTA DE SIGLAS

ABC – Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul

ABI – Associação Brasileira de Imprensa

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

ADIn – Ação Direta de Inconstitucionalidade

AI-5 – Ato Institucional nº 5

AIE – Aparelho Ideológico do Estado

ALCA – Área de Livre Comércio das Américas

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ARENA – Aliança Renovadora Nacional

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde

BCE – Banco Central Europeu

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BM – Banco Mundial

CAIC – Comissão para a Auditoria Integral do Crédito Público

CAMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CNS – Conferência Nacional da Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSS – Conselho Nacional de Seguridade Social

COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CONAMP – Associação Nacional dos Membros do Ministério Público

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CSLL – Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido
CSS – Contribuição Social à Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DF – Distrito Federal
DMP – Departamento de Medicina Preventiva
DRU – Desvinculação de Recursos da União
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC – Emenda Constitucional
ESF – Equipes de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
FSM – Fórum Social Mundial
FIFA – Federação Internacional de Futebol Associado
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
HCPA – Hospital das Clínicas de Porto Alegre
HEMOBRÁS – Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
HU – Hospital Universitário
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES – Instituto Federal de Ensino Superior
IIE – Institute for International Economics
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
LOS – Lei Orgânica da Saúde
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MDB – Movimento pela Democratização Brasileira
MEC – Ministério da Educação
MOC – Projeto Montes Claros
MP – Medida Provisória
MSI – Modelo de Substituição de Importações
MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ND – Nova Democracia

NOB – Norma Operacional Básica
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OGU – Orçamento Geral da União
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não- Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OS – Organização Social
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS – Orçamento da Seguridade Social
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS – Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PC do B – Partido Comunista do Brasil
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PCI – Partido Comunista Italiano
PDRE – Plano Diretor da Reforma do Estado
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB – Produto Interno Bruto
PIDESC – Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PIIGS – Portugal, Irlanda, Itália, Grécia e Espanha
PLP – Projeto de Lei Complementar
PLS – Projeto de Lei de Iniciativa do Senado Federal
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PSF – Programa Saúde da Família
PSOL – Partido Socialismo e Liberdade
PT – Partido dos Trabalhadores

PUC – Pontifícia Universidade Católica
RCB – Receita Corrente Bruta
REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RI – Regimento Interno
RJU – Regime Jurídico Único
S/A – Sociedade Anônima
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENPLADES – Secretaria Nacional de Planejamento e Desenvolvimento
SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
STF – Supremo Tribunal Federal
SUDS – Sistema Único Descentralizado da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
UE – União Europeia
UNE – União Nacional dos Estudantes
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1	25
1 DA REFORMA SANITÁRIA AOS REFLEXOS DA CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: UMA ANÁLISE HISTÓRICO-DIALÉTICA	25
1.1 O Contexto Político, Econômico e Social na Década de 1980 no Brasil	25
1.1.2 O Contexto Sanitário da Década de 1980: o Movimento da Reforma Sanitária.....	33
1.1.2.1 Análise Crítica da Teoria das Gerações de Direitos	33
1.1.2.2 A Evolução do Direito à Saúde e sua Consolidação como Direito Fundamental Social Constitucional	38
1.2 O Neoliberalismo no Brasil na Década de 1990 e suas Consequências para a Política Pública de Saúde	47
1.2.1 Neoliberalismo no Contexto Mundial: uma Rápida Introdução	48
1.2.2 O Surgimento do Neoliberalismo e suas Implicações Políticas, Econômicas e Sociais no Brasil na Década de 1990.....	51
1.2.3 As Políticas Públicas de Saúde no Contexto Neoliberal no Brasil dos anos 1990	57
1.3 A Análise Política, Econômica e Social dos anos 2000: Consolidando o Neoliberalismo?	63
1.3.1 As Políticas Públicas de Saúde nos Governos Lula e Dilma	71
CAPÍTULO 2	77
2 OS RETROCESSOS SOCIAIS NA ATUALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: RETROCESSOS DOUTRINÁRIOS E INSTITUCIONAIS	77
2.1 Retrocessos Sanitários Doutrinários	77
2.1.1 O Mínimo Existencial	77
2.1.1.1 A Construção do Conceito do Mínimo Existencial	77
2.1.1.2 O Mínimo Existencial como Retrocesso Sanitário	81
2.1.2 A Reserva do Possível.....	88
2.1.2.1 A Construção do Conceito da Reserva do Possível	88
2.1.2.2 A Reserva do Possível como Retrocesso Sanitário	90
2.1.3 A Relação entre o Mínimo Existencial e a Reserva do Possível.....	94
2.2 Retrocessos Sanitários Institucionais	95
2.2.1 A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Histórico de sua Implementação.....	95
2.2.1.1 Os Argumentos Governistas em Prol da EBSEH.....	99
2.2.1.2 Os Argumentos Contrários à EBSEH	102

2.2.2 A Não Aprovação dos 10% da Receita Corrente Bruta da União como Investimento no SUS	107
CAPÍTULO 3	111
3 ALTERNATIVAS DE ENFRENTAMENTO AOS RETROCESSOS SANITÁRIOS: O PRINCÍPIO DA PROIBIÇÃO DO RETROCESSO SOCIAL E A AUDITORIA CONSTITUCIONAL DA DÍVIDA PÚBLICA	111
3.1 Dos Princípios	111
3.2 O Princípio da Proibição do Retrocesso Social: Histórico e Desenvolvimento na Europa.....	113
3.2.1 O Princípio da Proibição do Retrocesso Social na Alemanha	114
3.2.2 O Princípio da Proibição do Retrocesso Social na Itália.....	116
3.2.3 O Princípio da Proibição do Retrocesso Social em Portugal	118
3.2.4 Atualidade do Princípio da Proibição do Retrocesso Social na Europa	120
3.2.5 Surgimento e Desenvolvimento do Princípio da Proibição do Retrocesso Social no Brasil	124
3.2.6 O Conceito do Princípio da Proibição do Retrocesso Social	129
3.3 A Alternativa da Auditoria Constitucional da Dívida para a Efetivação do Direito à Saúde	135
3.3.1 A Auditoria Constitucional da Dívida	135
3.3.2 A Constitucionalização da Auditoria da Dívida e seus Desdobramentos Pós-Constituição	139
3.4 O Financiamento da Saúde.....	142
3.5 A Auditoria Constitucional da Dívida como Alternativa para o Aumento do Financiamento da Saúde	147
3.5.1 A Teoria da Supremacia Constitucional	147
3.5.2 Exemplos Internacionais – Equador, Argentina e Grécia	149
3.5.2.1 Equador.....	149
3.5.2.2 Argentina	150
3.5.2.3 Grécia	151
3.5.3 Necessidades Humanas Básicas Objetivas e Universais	152
3.5.4 Uma Alternativa Realista	154
CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
REFERÊNCIAS.....	160

INTRODUÇÃO

Atualmente, os objetivos da Reforma Sanitária brasileira, constitucionalizados em 1988 como um direito universal, integral e igualitário estão sendo ameaçados por propostas nos âmbitos político, jurídico e econômico tendo como meta principal restringir, limitar ou até mesmo extinguir o Sistema Único de Saúde (SUS), referência internacional na área da saúde coletiva.

Tal conjuntura apresenta-se tendo como justificativa ideopolítica o neoliberalismo, implementado no Brasil na década de 1990 e protagonizando a agenda política até os dias atuais, mesmo com a alternância de partidos e lideranças, com características que refletem de forma decisiva a implementação da política pública de saúde, tais como: focalização como limite de atuação, incentivos ao complexo médico-industrial via desoneração e isenção fiscal, refilantropização, desprofissionalização como consequência de terceirizações, e restrição dos princípios e diretrizes do SUS, fortalecendo, desta forma, uma contrarreforma sanitária ligada aos setores privatistas e mercadológicos.

Para apreender essa situação, necessitamos analisar o histórico político-social da formação do direito à saúde no Brasil, destrinchando seus retrocessos, tanto doutrinários quanto institucionais e propor alternativas de mudança para que a saúde pública brasileira seja implementada conforme nossa Constituição da República, com respeito às diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pois, apesar de o direito à saúde estar constitucionalizado, ele vem sofrendo tentativas de alteração em três esferas: política, jurídica e econômica. Politicamente, com a diminuição da participação do Estado e precarização das políticas públicas de saúde; juridicamente por doutrinas e proposições legislativas que tendem a delimitar e restringir seu escopo e; economicamente, com seu gradual subfinanciamento incentivado pelas exigências do capital financeiro. Todos esses elementos – inerentes ao ideário neoliberal – colocam em risco conquistas históricas e representam um verdadeiro retrocesso social.

O direito à saúde apresenta um problema de fundo que tentamos demonstrar no desenvolvimento dos três capítulos desta dissertação: o difícil equilíbrio entre uma Constituição formada no ascenso de lutas sociais, que por mais que contenha normas contraditórias, teve influência considerável dos movimentos progressistas da época, tal qual o Movimento da Reforma Sanitária; e uma

conjuntura política anti-Constituição na década seguinte à sua promulgação, que tenta restringir de várias formas as conquistas normatizadas pelos defensores do SUS.

Tendo em foco o referido contexto, torna-se pertinente destacar, mediante uma análise histórico-dialética, a formação do direito sanitário no Brasil, com suas influências políticas, econômicas e sociais refletindo no aspecto jurídico, bem como destrinchar os retrocessos doutrinários – como o mínimo existencial e a reserva do possível – e os retrocessos institucionais – como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a não aprovação dos 10% da receita corrente bruta da União no investimento em saúde pública – que são a manifestação da dinâmica então constituída. A partir da análise desses elementos, demonstram-se, a seguir, as alternativas para conter e contrapor os retrocessos sanitários ora observados: o princípio da proibição do retrocesso social e a auditoria constitucional da dívida pública, propostas essas com lastro na Constituição da República de 1988.

Destarte, a pretensão desta pesquisa é enfrentar a problemática da saúde no contexto apresentado, a partir de uma leitura crítica sobre os retrocessos e avanços e suas possibilidades de aplicação no direito sanitário.

Sendo assim, necessário analisar não somente a aparência desse complexo tema, mas, principalmente, a essência desse debate, o que implica responder à seguinte questão: **como se dá a origem e desenvolvimento do direito fundamental social à saúde desde sua constitucionalização até a conjuntura atual, tendo em vista as mudanças jurídicas, políticas e econômicas, avanços e retrocessos porque passou o direito sanitário no Brasil no decorrer desse período e quais as alternativas para sua completa efetivação?**

Partindo dessa questão central, primeiramente analisamos a constitucionalização do direito à saúde no contexto da redemocratização vivida pelo país durante a década de 1980 e os desdobramentos desse processo na década seguinte, refletindo os impactos da implementação do ideário neoliberal no Brasil. A partir daí, refletimos sobre a seguinte pergunta: **como se dá o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil, desde o período de ascenso de lutas até o descenso das conquistas nos dias atuais?**

E em relação aos retrocessos sanitários, tanto os doutrinários quanto os institucionais, buscamos responder à indagação: **quais os reflexos desses retrocessos nas políticas públicas de saúde a partir da normatização sanitária?**

Por fim, após discutir acerca das reflexões elaboradas ao longo dessa pesquisa, proporemos alternativas para estancar os retrocessos políticos, econômicos e sociais perpetrados contra a efetivação do direito à saúde no país, por meio da resposta ao seguinte questionamento: **como o princípio da proibição do retrocesso social e a auditoria constitucional da dívida podem servir como instrumento para a efetivação do direito à saúde no Brasil, conforme a Constituição da República de 1988?**

Portanto, com fulcro nas questões mencionadas, discorreremos sobre a origem, desenvolvimento e atualidade do direito constitucional à saúde, tomando como enfoque períodos históricos recentes em que a dialética do enfrentamento entre a resistência e a hegemonia culminou em uma discussão aprofundada sobre os impactos e desafios de proposições frente às questões jurídicas e econômicas que refletem sobre a política pública de saúde.

Assim, o intuito central deste estudo é analisar como as alternativas de enfrentamento aos retrocessos sanitários podem assegurar a permanência do direito à saúde na Constituição da República Federativa do Brasil frente aos ataques neoliberais no campo político, jurídico e econômico.

Frente às recentes iniciativas de legisladores, juristas e doutrinadores (baseadas em leis, políticas públicas e na definição do orçamento público) para suprimir e/ou restringir um dos mais importantes direitos fundamentais sociais que constam em nossa Constituição “Cidadã” - o direito à saúde - e com o estudo cada vez mais aprofundado de alternativas de enfrentamento, como o princípio da proibição do retrocesso social e a auditoria constitucional da dívida em nosso país, torna-se premente uma análise que envolva esses temas.

Além disto, inexistente estudo específico que demonstre os retrocessos doutrinários e institucionais aqui elencados e as alternativas heterodoxas para sua resolução, como o princípio da proibição do retrocesso social e a auditoria constitucional da dívida.

A atualidade da temática aqui abordada torna fundamental o esforço de elaboração de uma sistematização do direito à saúde no Brasil, analisando seus avanços e retrocessos de acordo com a conjuntura política, econômica e social desde a redemocratização até os dias atuais, passando pelos retrocessos sanitários até as propostas de efetivação do direito à saúde conforme as determinações constitucionais vigentes.

Por fim, tanto o princípio da proibição do retrocesso social quanto a auditoria constitucional da dívida, como instrumentos para assegurar o direito à saúde em nossa Carta Política, vão ao encontro dos temas de vanguarda em relação às Políticas Públicas de Saúde, sendo de importância ímpar para a evolução do Estado Social e Democrático de Direito.

O objetivo geral deste trabalho, portanto, é analisar alternativas e propostas que se contrapõem aos retrocessos sanitários na perspectiva do direito à saúde brasileiro. Refletimos sobre propostas progressistas como o princípio da proibição do retrocesso social e a auditoria constitucional da dívida em relação ao direito à saúde nas esferas política, jurídica e econômica em nosso país, no contexto do neoliberalismo e contrarreforma do Estado.

A pesquisa aqui empreendida tem, ainda, como objetivos específicos: a) Descrever o contexto das políticas públicas de saúde desde sua constitucionalização até a atualidade, com enfoque político, econômico e social sobre o tema; b) Investigar os retrocessos sanitários, tanto os classificados como doutrinários, como o mínimo existencial e a reserva do possível, quanto os classificados como institucionais, como a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a não aprovação dos 10% da receita corrente bruta da União na regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000; e, por último: c) Analisar propostas sanitárias que se contrapõem aos retrocessos, como o princípio da proibição do retrocesso social e a auditoria constitucional da dívida, com base na Constituição da República de 1988.

Dessa forma, buscamos neste trabalho compreender as interfaces entre as principais categorias de análise: os retrocessos sanitários e as alternativas de avanço para a completa efetivação do direito à saúde no Brasil, dialogando com seus aspectos políticos, jurídicos e econômicos. Para atingir esse objetivo, utilizamos um plano metodológico baseado nas relações entre: 1) **totalidade**, analisando as várias totalidades que compõem o objeto, desde as totalidades de máxima complexidade até as totalidades de menor complexidade, pois, como assinalou Lukács (2012), todo objeto de estudo é constituído por um complexo formado por vários outros complexos; 2) **contradição**, analisando os limites, sua abrangência, enfim, todo o dinamismo que forma as categorias de análise, evitando que o trabalho tenha como foco uma totalidade inerte, presa a uma conjuntura dada; e, 3) **sistemas de mediação**, que nos auxiliam na compreensão das relações

existentes no conjunto das totalidades, os processos que estão no âmago das específicas totalidades, que não se dão de forma imediata e explícita. (NETTO, 2011).

O principal desafio é desvendar a pseudoconcreticidade (KOSIK, 2010) em uma análise juspolítico-econômica que, tendo como ponto de partida a aparência, objetiva alcançar a essência do objeto, ou seja, elaborar uma análise concreta sobre uma situação concreta (LÊNIN, 1989). O pensamento científico, juntamente com seu rigor analítico, necessita de um raciocínio que diferencie aparência de essência e que priorize esta, qual sejam a estrutura e a dinâmica do objeto. Como assinalou Marx (2008, p.939), “toda ciência seria supérflua se a forma de manifestação (a aparência) e a essência das coisas coincidissem imediatamente”.

Sendo assim, a relação entre os retrocessos e as alternativas de avanço na perspectiva do direito à saúde não deve se limitar somente ao formalismo-positivista do Direito, mas considerar também os fatores que contribuem para uma concepção crítica do direito sanitário, como por exemplo, a história, a política, a ideologia, entre outros elementos, todos relacionados em uma concepção dialética de compreensão da realidade, pois, como afirma Marques (2011), temos que interpretar a complexidade do direito e não somente o texto frio da lei.

Consideramos, portanto, que a metodologia empregada no desenvolvimento deste trabalho enquadra-se no que Minayo (2004) classifica como metodologia dialética. Esta metodologia reconhece que o campo da Saúde Pública refere-se a uma realidade complexa, que demanda conhecimentos distintos e integrados e uma interação constante entre teoria e prática, para que ambas se alimentem reciprocamente, e se repensem.

Segundo Minayo (2004), as pesquisas dialéticas, frente à problemática da quantidade e qualidade em pesquisas científicas, podem ser sintetizadas no sentido de que “qualidade e quantidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro, interioridade e exterioridade com que se debatem as diversas correntes sociológicas” (p.11-12).

Sendo assim, será utilizada como instrumento de coleta de dados pesquisa bibliográfica e documental, por meio da análise de livros, artigos, dissertações, teses, relatórios e documentos das diversas áreas relacionadas ao tema (saúde, política social, economia, direito) construindo um diálogo altamente dialético.

Especificamente, a consulta para o desenvolvimento da presente pesquisa orientou-se no seguinte sentido: 1) para a análise do direito à saúde no Brasil, desde a redemocratização até os dias hodiernos, nos valem de vasta revisão bibliográfica, tomando como substrato para nossas reflexões o estudo do pensamento de autores das searas política, econômica, social e jurídica, analisando de forma integrada as nuances e características formadoras do direito sanitário brasileiro; 2) para a análise dos retrocessos sanitários, lançamos mão de pesquisa bibliográfica e documental, com base em doutrina, jurisprudência de tribunais superiores, manifestações de movimentos e entidades sociais atuantes na defesa do direito à saúde; e, 3) para a análise das propostas e alternativas contra os retrocessos identificados, nos utilizamos mais uma vez de pesquisa bibliográfica e documental, baseada em doutrina, livros e artigos, além de dados quantitativos, apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, os quais objetivam demonstrar a viabilidade científica das propostas.

O marco temporal a ser pesquisado englobará desde a redemocratização brasileira, nos anos 1980, período que compreende o ascenso do movimento sanitário e sua demanda pela constitucionalização do direito à saúde, até o período neoliberal de contrarreforma (BEHRING, 2008), iniciado nos anos 1990 e que perdura até os dias atuais.

A dissertação está estruturada em três capítulos. No primeiro, intitulado “Da Reforma Sanitária aos Reflexos da Constitucionalização do Direito à Saúde: uma análise histórico-dialética”, destacamos a evolução do direito à saúde, desde seu período pré-Constituição de 1988, com enfoque na redemocratização e no ascenso de cidadania do Movimento da Reforma Sanitária até os reflexos e consequências no campo político, econômico e social da constitucionalização do direito à saúde, pontuando os avanços e retrocessos dos períodos em destaque, desde a década de 1980 até os anos 2000. O primeiro capítulo está dividido em 9 seções: “O Contexto Político, Econômico e Social na Década de 1980 no Brasil”, “O Contexto Sanitário da Década de 1980: o Movimento da Reforma Sanitária”, “Análise Crítica da Teoria das Gerações dos Direitos”, “A Evolução do Direito à Saúde e sua Consolidação como Direito Fundamental Social Constitucional”, “O Neoliberalismo no Brasil na Década de 1990 e suas Consequências para a Política Pública de Saúde”, “Neoliberalismo no Contexto Mundial: uma Rápida Introdução”, “O Surgimento do Neoliberalismo e seus Impactos Políticos, Econômicos e Sociais no Brasil na Década de 1990”, “As

Políticas Públicas de Saúde no Contexto Neoliberal no Brasil dos anos 1990”, “A Análise Política, Econômica e Social dos anos 2000: Consolidando o Neoliberalismo?” e “As Políticas Públicas de Saúde nos Governos Lula e Dilma”.

No segundo capítulo, intitulado “Os Retrocessos Sociais na Atualidade da Saúde Pública Brasileira: Retrocessos Doutrinários e Institucionais” analisamos os retrocessos sanitários, que classificamos em dois tipos: retrocessos doutrinários e retrocessos institucionais. Iniciando pelos retrocessos doutrinários, vemos as influências do “mínimo existencial” e da “reserva do possível” na interpretação da efetividade do direito à saúde no Brasil, sistematizando a formação de seus conceitos e sua relação com as políticas públicas de saúde em nosso país. Já em relação aos retrocessos institucionais, analisamos a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a não aprovação dos 10 % da Receita Corrente Bruta da União no investimento da saúde pública, tema importante da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, do ano 2000. Este capítulo está dividido em dois principais temas: “Retrocessos Sanitários Doutrinários” e “Retrocessos Sanitários Institucionais”. Aqui, discorremos sobre os Retrocessos Sanitários Doutrinários, desenvolvendo a análise a partir dos seguintes temas: “O Mínimo Existencial”, “A Construção do Conceito do Mínimo Existencial”, “O Mínimo Existencial como Retrocesso Sanitário”, “A Reserva do Possível”, “A Construção do Conceito da Reserva do Possível”, “A Reserva do Possível como Retrocesso Sanitário” e “A Relação entre o Mínimo Existencial e a Reserva do Possível”. Já os Retrocessos Sanitários Institucionais encontram-se divididos em: “A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Histórico de sua Implementação”, “Os Argumentos Governistas em Prol da EBSERH”, “Os Argumentos Contrários à EBSERH” e “A Não Aprovação dos 10% da Receita Corrente Bruta da União como Investimento no SUS”.

No último capítulo, intitulado “Alternativas de Enfrentamento aos Retrocessos Sanitários: o Princípio da Proibição do Retrocesso Social e a Auditoria Constitucional da Dívida Pública”, desenvolvemos as alternativas e propostas para combater os retrocessos sanitários em torno do direito à saúde, com ênfase no princípio da proibição do retrocesso social e na auditoria constitucional da dívida pública. Sobre a primeira alternativa, do princípio da proibição do retrocesso social, analisamos o tema desde sua concepção na Europa até sua chegada ao Brasil, como instrumento para a efetivação dos direitos fundamentais sociais, inclusive o

direito à saúde. Da mesma forma, ao tratarmos da auditoria constitucional da dívida, vemos que sua efetivação depende de vontade política já que se encontra prevista no mais importante documento juspolítico brasileiro (Constituição Federal) e, se aplicada, poderia ajudar a pôr fim ao subfinanciamento da saúde pública no Brasil. A primeira proposta é desenvolvida a partir da seguinte subdivisão: “Dos Princípios”, “O Princípio da Proibição do Retrocesso Social: Histórico e Desenvolvimento na Europa”, “O Princípio da Proibição do Retrocesso Social na Alemanha”, “O Princípio da Proibição do Retrocesso Social na Itália”, “O Princípio da Proibição do Retrocesso Social em Portugal”, “Atualidade do Princípio da Proibição do Retrocesso Social na Europa”, “Surgimento e Desenvolvimento do Princípio da Proibição do Retrocesso Social no Brasil”, “O Conceito do Princípio da Proibição do Retrocesso Social”; e a segunda proposta subdividi-se desta maneira: “A Auditoria Constitucional da Dívida”, “A Constitucionalização da Auditoria da Dívida e seus Desdobramentos Pós-Constituição”, “O Financiamento da Saúde”, “A Auditoria Constitucional da Dívida como Alternativa para o Aumento do Financiamento da Saúde”, “A Teoria da Supremacia Constitucional”, “Exemplos Internacionais: Equador, Argentina e Grécia”, “Necessidades Humanas Básicas Objetivas e Universais” e “Uma Alternativa Realista”.

Por fim, ratificamos nas considerações finais os retrocessos sanitários que têm como objetivo a restrição dos princípios e diretrizes do SUS, limitando as conquistas constitucionais do direito à saúde mas também afirmamos a continuação da luta do Movimento da Reforma Sanitária para a manutenção permanente da construção das políticas públicas de saúde, com base na Constituição da República, fortalecendo as alternativas e propostas para seguirmos firmes na construção de um país mais justo e menos desigual.

CAPÍTULO 1

1 DA REFORMA SANITÁRIA AOS REFLEXOS DA CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: UMA ANÁLISE HISTÓRICO-DIALÉTICA

Iniciamos a análise sobre a década de 1980 do ponto de vista econômico e político para sabermos, com base em dados e fatos históricos, se a década em tela foi realmente uma “década perdida” ou se foi uma década vitoriosa. E a pergunta deve ser: perdida ou ganha para quem e por quê? Primeiramente, refletimos sobre o contexto geral da conjuntura da época; em seguida, explanamos especificamente sobre a questão sanitária, das origens do Movimento da Reforma Sanitária até os desencadeamentos que resultaram na constitucionalização do direito à saúde.

1.1 O Contexto Político, Econômico e Social na Década de 1980 no Brasil

Por volta da década de 1970, a ditadura militar no Brasil dava sinais claros de enfraquecimento e perda de legitimidade nos âmbitos econômico e político, refletindo na questão social¹. Iniciando nossa análise pelo aspecto econômico, constatamos que o Brasil havia passado por um *boom* denominado “milagre econômico”, principalmente nos anos de 1969/73, crescendo a taxas médias de 10% ao ano, atingindo seu pico no ano de 1973 em que cresceu 13,6% (CARVALHO, 2012), construindo obras “faraônicas”, como a Hidrelétrica de Itaipu e a Ponte Rio-Niterói e incentivando o crescimento de bens de capital em 18,1% e bens de consumo duráveis em 23,6% (GASPARI, 2014). Os anos de crescimento econômico no Brasil foram também resultado do reflexo da onda longa de estagnação nos países centrais do capitalismo ocidental que, no afã de continuar extraindo o máximo de mais-valia, transferiu unidades de suas empresas trans/multinacionais para países periféricos dominados por ditaduras servis ao interesse do capital (im) produtivo e financeiro internacionais, onde não havia regulações e respeito aos direitos trabalhistas.

¹ Questão social compreendida conforme elaboração de Behring e Boschetti: “[...] é correto afirmar que a tradição marxista empreende, desde Marx e Engels até os dias de hoje, um esforço explicativo acerca da questão social, já que o que está subjacente às suas manifestações concretas é o processo de acumulação do capital, produzido e reproduzido com a operação da lei do valor, cuja contraface é a subsunção do trabalho pelo capital [...] acrescida da desigualdade social e do crescimento relativo da pauperização.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 52).

O “milagre econômico” brasileiro da ditadura militar não tinha a menor intenção de redistribuir a renda e diminuir a desigualdade social, como dizia seu principal ideólogo (e também muito influente no regime democrático, tanto com governos de direita quanto com governos de esquerda), Antônio Delfim Netto, era preciso fazer o bolo (da renda nacional) crescer para depois repartir². Houve sim a repartição do bolo, mas de maneira a favorecer a classe mais abastada e endinheirada, sobrando apenas farelos para os mais pobres. Consultando Carvalho (2012) e Singer (1989) constatamos que, em 1960, os 10% mais ricos ganhavam 39,6% da renda enquanto em 1980 subira para 50,9%; e os 20% mais pobres ganhavam, em 1960, 3,9% da renda nacional, ao passo que, em 1980, caíra para 2,8%. Aprofundando ainda mais essas estatísticas, o 1% da população apropriava-se de 11,9% da renda nacional em 1960, e, vinte anos depois, essa apropriação era de 16,9%³. Ou seja, o crescimento econômico da época era um “milagre” apenas para os devotados membros da burguesia, que se já eram ricos ficaram ainda mais ricos, enquanto os pobres continuavam sofrendo a superexploração do trabalho (MARINI, 2000), tendo como opção a mudança do campo para a cidade, num êxodo forçado, tentando formas de sobrevivência nas periferias das grandes metrópoles.

Para completar a situação de crise econômica porque passava a ditadura militar brasileira, houve o “golpe” dos Estados Unidos no Acordo de Bretton Woods⁴,

² Em artigo publicado no dia 03 de junho de 2014, no sítio eletrônico da Revista Carta Capital, intitulado “Um Livro Capital”, sobre a recente obra de Thomas Piketty - *Capital in the Twenty-First Century*- Delfim Netto ainda polemiza sobre a afirmação que o marcou nos tempos da ditadura brasileira: “Nos últimos 60 anos, o problema da desigualdade tem sido intensamente discutido no Brasil. Nos anos 70 do século XX, quando o País atravessou um período de forte crescimento, os “vanguardistas do atraso” criticavam a política econômica porque ela proporia “primeiro crescer para depois distribuir”, uma tolice só viável numa sociedade de economia centralizada como na URSS ou na China, que, aliás, eram os “modelos” de alguns dos críticos. No Brasil, a produção crescia 10% ao ano (chegou a crescer 14% em 1974). Quem consumia o que era produzido? O que se afirmava, como agora, é uma verdade física elementar: não se pode distribuir o que ainda não foi produzido, a não ser ganhando de presente ou tomando emprestado no exterior”. Disponível em <http://www.cartacapital.com.br/revista/802/um-livro-capital-1129.html>. Acesso em 11 de junho de 2014.

³ O livro de Thomas Piketty, “*Capital in the Twenty-First Century*”, lançado neste ano de 2014 e que está causando grande repercussão, comprova com uma série de estatísticas nunca antes vistas, a concentração de renda em vários períodos da história do capitalismo, seja nos países centrais ou nos países periféricos.

⁴ O Acordo de Bretton Woods, realizado em uma pequena cidade estadunidense de mesmo nome, no Estado de New Hampshire, em 1944, objetivava reerguer a economia internacional depois da crise da década de 1930 e da Segunda Guerra Mundial (1937-1945). Estiveram presentes 730 delegados de 45 nações aliadas deliberando que as moedas dos países membros passariam a estar ligadas ao dólar variando aproximadamente numa banda de 1%, e a moeda estadunidense estaria ligada ao ouro a 35 dólares. Foram criados organismos internacionais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) para fiscalização e administração de tal procedimento. (BELLUZZO, 2013).

em agosto de 1971, optando pela ruptura unilateral da conversibilidade em ouro do dólar, refletindo nos títulos da dívida da ditadura brasileira que teve que lidar com juros flutuantes, em condições totalmente desiguais para uma economia exportadora e dependente, aumentando nossa dívida externa de 2,5 para 52,8 bilhões de dólares, sacrificando o fundo público (RANGEL, 1985). E, dois anos depois, em 1973, ocorreria o primeiro choque do petróleo, que atingiria fortemente um país como o Brasil, de extensa malha rodoviária que dependia de 80% do consumo de petróleo importado e que 50% da dívida foi gerada pela alta desse combustível (CARVALHO, 2012; BEHRING, 2008).

Entre os anos 1970/80, o desenvolvimentismo conservador (BACELAR; BENJAMIN, 1995) se fortalece com empréstimos a juros flutuantes realizados por credores internacionais por meio de organismos multilaterais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) que portam suas listas de recomendações como arrocho fiscal, privatização de empresas estratégicas e radicalização da abertura para o capital financeiro internacional (TAVARES, 1998).

Logo depois, com o Governo Sarney (1985-90), apesar de num primeiro momento (1985/87) apresentar o Plano Cruzado sob a liderança de Dilson Funaro, uma economia política hererodoxa e próxima do keynesianismo⁵, num segundo momento (1987/89), sob a liderança de Bresser Pereira e Maílson da Nóbrega, encampa uma guinada pró-neoliberalismo⁶ com abertura e concessão ao capital financeiro internacional. A consequência é a decretação da moratória por causa da crise iniciada com os choques do petróleo de 1973 e 1979, altos índices de inflação, crise do México e aumento unilateral da alta de juros provocada pelos Estados Unidos, o que resultou no dobro da dívida brasileira passando de US\$ 52,8 bilhões para US\$ 105,2 bilhões. (FATTORELLI, 2003).

Foram criadas duas comissões com o intuito de auditar a dívida da época, nos anos de 1983 e de 1987. A primeira foi uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Câmara dos Deputados instituída pelo Requerimento nº 8/83, instalada em 16 de agosto de 1983 com a tarefa de apurar as causas e consequências da dívida brasileira e o acordo com o FMI e a segunda foi uma Comissão Especial do Senado Federal para a Dívida Externa, instituída pelo Requerimento nº 17/87, instalada em

⁵ Intervenção do Estado na economia para permitir a regulação financeira e a movimentação do mercado interno de consumo.

⁶ O neoliberalismo será tratado posteriormente, com mais detalhes, quando entrarmos na análise da década de 1990.

14 de abril de 1987 com a tarefa de examinar a questão da dívida externa brasileira e avaliar as razões que levaram o Governo a suspender o pagamento dos encargos financeiros dela decorrentes, nos planos externo e interno.

Segundo a Auditoria Cidadã da Dívida⁷, o resultado dessas duas comissões instaladas antes da Constituição de 1988 revelou que não houve transparência no endividamento contratado e autorizado pelo Banco Central, que realmente houve alta unilateral das taxas de juros por bancos privados de Nova Iorque e Londres, cláusulas abusivas, falta de tradução dos contratos, renegociação e pagamento da dívida sem respeitar o valor de mercado, foro para dirimir controvérsias em Nova Iorque, entre outras irregularidades que flexibilizaram a soberania do Estado brasileiro diminuindo sua margem de manobra no controle de capitais. Por essas características econômicas, que aprofundaram o quadro de hiperinflação, desemprego, queda de renda e baixo consumo, é que analistas registram que a década de 1980 foi uma década perdida.

Depois da análise de alguns aspectos econômicos do final da ditadura e início da redemocratização, passamos à questão política. Nesta, depois do auge da repressão mais conhecido como “anos de chumbo”, que aconteceu no mesmo período do “milagre econômico”, ou seja, não há nada de coincidência entre o aumento das taxas de crescimento econômico com extrema desigualdade social e o aumento das prisões, torturas e assassinatos cometidos pela Ditadura de Estado, o militarismo passava também por uma crise de legitimidade política depois do desmascaramento do êxtase econômico.

A partir do ano de 1974, o ditador presidente Geisel, influenciado por seu ministro Golbery do Couto e Silva, e pressionado tanto pela “oposição oficial” do Movimento pela Democratização Brasileira (MDB) quanto pela oposição das ruas que já estava fatigada pela aumento de preços e perda da valorização de seu salário, inicia um processo que denominou de “abertura lenta, segura e gradual”. Nas eleições legislativas, no mesmo ano de 1974, a ditadura sofreu uma derrota acachapante: na Câmara dos Deputados, enquanto o partido da ditadura, a Aliança Renovadora Nacional (ARENA) caiu de 223 para 199 deputados, o MDB subiu significativamente de 87 para 165 deputados, enquanto no Senado Federal, o governo

⁷ <http://www.auditoriacidada.org.br/>

ditatorial só conseguiu 6 cadeiras e o MDB 16, demonstrando cabalmente que o termômetro político estava alterado. (CARVALHO, 2012).

Apesar do resultado, os abusos e atrocidades continuaram nesse período, tais como o fechamento do Congresso por 15 dias, eleições indiretas e limitação da propaganda eleitoral e os episódios da morte do jornalista Wladimir Herzog, do metalúrgico Manuel Fiel Filho e de parte da direção do Partido Comunista do Brasil (PC do B) numa emboscada no bairro paulistano da Lapa. A ditadura teve que recuar e fazer o Congresso votar, em 1978, o fim do Ato Institucional nº 5 e da censura prévia e o restabelecimento do mais importante “remédio constitucional”: o *habeas corpus*. Tais atitudes do processo de abertura culminou na aprovação da lei da anistia em 1979, com a volta de grandes ativistas políticos e intelectuais ao país, como Leonel Brizola, Miguel Arraes, Paulo Freire e Celso Furtado.

No início da década de 1980 houve, finalmente, o ascenso das lutas sociais que estava represado pela ditadura militar com o retorno e a fundação de várias organizações sociais, movimentos, partidos e sindicatos que contestavam o *status quo*. Um desses novos instrumentos de contestação seria aquele que se transformaria em um dos maiores partidos de esquerda da América Latina, o Partido dos Trabalhadores (PT), ironicamente criado no polo do “milagre econômico”, a região do ABC paulista, constituído pelas cidades de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul (além de Diadema). O “impulso São Bernardo” (BENJAMIN *et. al*, 1998) foi o maior responsável pela oxigenação dos sujeitos históricos no processo de ascenso de massas no Brasil ao ser independente e autônomo, não se aliando com os pelegos da antiga burocracia sindical ainda refém de práticas subservientes a governos de plantão.

No novo sindicalismo, com a liderança de Luiz Inácio Lula da Silva, houve a criação do PT, em 1980, e da Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983, ambos com influência de tendências marxistas (comunistas e trotskistas), da igreja católica, como a Teologia da Libertação e de alguns intelectuais progressistas, como Sérgio Buarque de Holanda, Florestan Fernandes e Mário Pedrosa. Tinham como princípio o socialismo democrático por meio de melhor distribuição de renda e implementação das reformas estruturais (urbana, agrária, bancária, tributária, entre outras). O braço rural de ambas as organizações foi o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), criado em 1984 e que objetivava a reorganização dos trabalhadores do campo com a finalidade de acabar com a concentração de terras e

com o latifúndio improdutivo, lutando por uma efetiva reforma agrária. O PT, a CUT e o MST, apesar de se apresentarem como independentes umas das outras, foram criados com o mesmo objetivo e espaço de atuação, sendo novos organismos de luta da esquerda democrática no contexto da Nova República brasileira. (SECCO, 2011).

Importante salientarmos as contradições e tendências do sistema centro-periferia nessa análise da década de 1980. Enquanto nesta década os Estados Unidos e a Europa Ocidental lidavam com governos classificados como neoliberais, tendo como maiores expoentes Ronald Reagan e Margareth Thatcher, onde se pregava um Estado Mínimo, com arrocho fiscal, aumento do desemprego, desmantelamento de sindicatos e ataque aos direitos sociais, no Brasil se formava uma aliança⁸ da esquerda democrática pós-ditadura para garantir justamente o inverso: presença maior do Estado na economia, direitos sociais, controle social pela ampliação de mecanismos de democracia direta e tentativa inovadora de refundação da esquerda, com novos partidos, movimentos sociais e sindicatos.

Tal contradição refletiu nitidamente no ascenso de lutas sociais também pelo lado conservador que, além de nutrir forças com o exemplo “moderno” e “sofisticado” do neoliberalismo da Escola Austríaca e da Escola de Chicago emanados pelos “faróis da liberdade” da América do Norte e Europa Ocidental, defendendo este caminho para o Brasil já no final da década de 1980 para “não perdemos o rumo da história”; também teve como munição a derrocada melancólica do Leste Europeu, denunciando o nível de degeneração burocrática, a ausência de liberdade e dos direitos civis e políticos e a falta de capital para investimento, destacando a vitória da democracia liberal que seria o último estágio de evolução humana, ou seja, o fim da história, como afirmou precocemente Fukuyama (1992).

Diante desses dois projetos em disputa, um progressista centro-esquerda defensor de reformas estruturais e outro conservador-liberal centro-direita defensor de uma democracia controlada pela ordem estabelecida, abriu-se uma vaga revolucionária (ARCARY, 2004) no Brasil na década de 1980 que durou até a eleição de 1989 para presidente da república com o choque entre duas candidaturas que representavam claramente esse antagonismo.

⁸ Aliança que se refere ao ascenso de cidadania das ruas brasileiras, com os movimentos sociais e as reivindicações, não podemos confundir tal aliança com exercício de governo.

Antes disso, um dos auges dessa disputa política foi o movimento pelas Diretas Já, que reuniu milhões de pessoas pelas ruas das principais cidades do país conclamando por eleições presidenciais livres depois de mais de 20 anos de ditadura. O movimento pelas Diretas Já, reuniu em torno de si, além da esquerda democrática, a liderança do PMDB de Ulisses Guimarães, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), o Movimento contra a Carestia, formado majoritariamente por associações de donas de casa, entre outros. O objetivo principal era pressionar o Congresso pela aprovação da Emenda Constitucional (EC) que estabelecia eleição direta e que desse um fim às eleições indiretas que estavam previstas para janeiro de 1985, realizadas por um colégio eleitoral. (CARVALHO, 2012).

A campanha pelas diretas mobilizou o país inteiro em comícios memoráveis, contando até mesmo com membros do aparelho da superestrutura do Estado⁹, como artistas, intelectuais e jogadores de futebol. Mesmo com toda a pressão popular – e com a dissidência de 55 votos dos ex-simpatizantes da ditadura – faltaram 22 votos para a maioria de dois terços em favor da emenda pelas eleições diretas, o que transformou em uma das maiores derrotas da redemocratização brasileira.

Outro embate importante resultado do ascenso das lutas sociais foi na elaboração da Constituição de 1988 na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988¹⁰. Houve um dicotômico debate político protagonizado pela centro-esquerda e pela centro-direita, propositalmente anulado pelo denominado “Centrão”, que tinha como tarefa barrar todo tipo de “radicalismo esquerdista”, ou seja, qualquer avanço democrático. Mesmo com esse confronto, a Carta Política aprovada apresentou vários pontos progressistas para a incipiente Nova República: retorno das liberdades democráticas, direitos sociais efetivados com destaque para os direitos trabalhistas, reformas urbana e agrária, obrigatoriedade da auditoria da dívida, taxação de grandes fortunas, soberania nacional contra ingerência externa, democracia semidireta e o destaque para todo um capítulo para a Ordem Social, contemplando a seguridade social (saúde, assistência e previdência).

⁹ Membros do aparelho da superestrutura do Estado, esta correspondendo às instituições juspolíticas (o direito e o Estado), além de ideologias, como religiosidade, legalidade, cultura, esporte, arte etc. (ALTHUSSER, 2007).

¹⁰ Foi a quarta Assembleia Nacional Constituinte da República brasileira. (CARVALHO, 2012).

A Constituição brasileira não era de esquerda, pois a correlação de forças estava dividida na busca da construção hegemônica entre grupos ideológicos opostos mas foi uma constituição inspirada e inspiradora; inspirada pelos ares do Estado do Bem Estar Social com seu compromisso com a melhoria da oferta e acesso aos serviços – bandeira principal do ascenso das lutas sociais da década de 1980 - e inspiradora também para países vizinhos da América Latina que, com a pressão de seus movimentos populares, utilizaram várias referências da Constituição brasileira para o desenvolvimento e melhoria da efetivação dos direitos civis, políticos e sociais com a ressalva de suas peculiaridades e idiosincrasias. (COMPARATO, 2013).

A hora derradeira da vaga revolucionária aberta no início da década de 1980 com o fim da ditadura militar aconteceu com a eleição de 1989. Na indagação de Arcary (2004), quem preencheria a tal vaga aberta? O conservadorismo com sua “transição transada” (O’DONNEL, 1987), ou melhor, transição conservadora sem ousadias e turbulências (FERNANDES, 1986) ou a esquerda democrática com a proposta de reformar estruturalmente o país, de baixo para cima e sem concessões?

A primeira eleição direta para presidente da república pós-ditadura apresentou como principais candidatos Fernando Collor, candidato da burguesia com seu programa de abertura total ao capital financeiro, combate aos direitos sociais e criminalização dos funcionários públicos e Luiz Inácio Lula da Silva, candidato da classe operária, com um programa alinhado aos movimentos sociais, direitos humanos e reformas estruturais. O país votou literalmente dividido ao meio, com embates até mesmo nas ruas das principais cidades brasileiras. A tendenciosa edição do jornal de maior audiência da maior rede de comunicações do Brasil favorável à candidatura Collor colaborou para a vitória do conservadorismo no Brasil. (JACOB *et al*; 2013).

Fechava-se o ascenso de lutas, a vaga era preenchida pela burguesia que mantinha o *status quo* mesmo levando um grande susto. Apesar desse fim pendente para a manutenção das desigualdades e injustiça com a vitória de um candidato ligado aos setores mais influentes da burguesia, o balanço da década de 1980 no campo das lutas sociais foi positivo, pois reiniciou a organização de todo um setor que tentava promover mudanças que impactariam na questão social brasileira influenciando a democratização por meio de nossa Carta Política de 1988 que, no dizer de Bonavides (2014), não é apenas uma norma mas, principalmente, um

projeto de nação. Portanto, se a década de 1980 foi considerada por economistas uma década perdida, para sociólogos, cientistas sociais, juristas e militantes a década de 1980, do ponto de vista político, foi uma década altamente vitoriosa, com a conquista de vários direitos que influenciam até hoje a consciência dos cidadãos em busca de um país melhor.

1.1.2 O Contexto Sanitário da Década de 1980: o Movimento da Reforma Sanitária

Antes de analisarmos o contexto sanitário da década de 1980 no Brasil, com o fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária e a constitucionalização do direito à saúde, discorreremos criticamente sobre a teoria das gerações dos direitos para compreendermos melhor o lugar do direito fundamental social à saúde em sua aplicação juspolítica.

1.1.2.1 Análise Crítica da Teoria das Gerações de Direitos

A existência de direitos fundamentais sociais, como o direito à saúde, marcou a passagem do constitucionalismo liberal para o constitucionalismo social onde o Estado deixava sua posição omissa¹¹ para prestar uma ação positiva com o escopo de efetivar um direito social por meio da elaboração de políticas públicas e prestação de serviços públicos.

Há um acréscimo de direitos no rol dos direitos tutelados pelo Estado e passíveis de serem exercidos pelos cidadãos, numa linha histórica que se convencionou denominar de gerações ou dimensões dos direitos. Essa denominação é ratificada com a classificação difundida pelas conceituadas obras de Thomas Marshall “Cidadania, Classe Social e Status” (1967) e “A Era dos Direitos” (2004) de Norberto Bobbio.

Por essa classificação, com as Revoluções Burguesas, surgia a primeira dimensão dos direitos fundamentais como reação ao regime absolutista estatal. Foram conquistas contra a opressão do Estado, reivindicações pelos direitos civis e políticos, como os direitos à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a

¹¹ Quando citamos aqui “posição omissa”, estamos nos referindo à omissão frente aos direitos sociais, já que o Estado prestava ações positivas de segurança, com seus órgãos de repressão, e demais ações de polícia, inclusive polícia sanitária.

lei etc. São direitos da liberdade individual, que inauguraram o constitucionalismo ocidental, onde a não atuação do Estado era compreendida como liberdade à atuação dos indivíduos e garantia das ditas liberdades-resistência – uma resistência em prol da liberdade individual contra o Estado autoritário denominado por Hobbes em 1651 como o Leviatã. Era o reconhecimento formal dos direitos inerentes ao Homem¹². (MARSHALL, 1967; BOBBIO, 2004).

As principais influências dessa época foram o liberalismo político e o individualismo jurídico, que se contrapõem às ações absolutistas dos soberanos, tendo como elemento central o indivíduo, enquanto ser abstrato dotado de direitos. Trata-se do preparo de uma conjuntura de mínima intervenção estatal, consentânea com o incipiente Estado Liberal.

Atenta-se para o conceito de liberdade na época citada, pois esta tem um valor exclusivamente individual, era uma liberdade pura, ou seja, liberdade em si e não liberdade para qualquer fim. Isso significava que o poder estatal era limitado frente ao indivíduo, devia ter uma postura absenteísta. Além disso, a liberdade era considerada para indivíduos do sexo masculino, de cor branca, proprietários de grande extensão de terras e que detinha, obviamente, um nível de influência considerável na sociedade da época.

Entretanto, no século XIX, com o advento da Revolução Industrial e o surgimento da classe operária, as liberdades formais passam a não ser suficientes. Havia um vácuo de legitimidade, pois de nada adiantava existir direitos de liberdade e igualdade abstratamente garantidos, se, na prática, grande parte da população não possuía os meios para exercê-los.

Houve uma brutal desigualdade social ocasionada pela pretensa independência do mercado frente ao Estado, mercado este que superexplorava o operariado com a finalidade de extrair a maior lucratividade possível. Com isso, podiam contratar os empregados sobre quaisquer padrões, sem limitação de jornada de trabalho, idade, sem salário mínimo, enfim, sem qualquer regulamentação. Com a aguda crise econômica do início do século XX¹³ e as constantes reivindicações do

¹² Direitos inerentes ao Homem são direitos civis e políticos do indivíduo, entendendo o “Homem” aqui não como o macho da espécie e sim como toda pessoa humana. São exemplos de direitos inerentes ao Homem: a vida, a liberdade (de expressão, de ir e vir), a participação política. (SILVA, 2014).

¹³ Crise econômica de 1929 (*crash* da bolsa de valores de Nova Iorque) que reflete na maioria das economias ocidentais causando um alto desgaste social e ideológico com o fim da concepção smithiana da “mão invisível do mercado”.

proletariado há uma transformação efetiva em prol de mudanças sociais. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Diante dessa situação é que o Estado se vê no papel de prover os direitos sociais – direitos de segunda geração - com a finalidade de dignificar a vida dos mais necessitados, que eram a grande maioria, por meio de gastos públicos e ações prestacionais. A nova postura intervencionista do Estado, com o propósito de diminuir as desigualdades sociais, é fundamental para o surgimento de direitos humanos fundamentais, como o direito à assistência social, educação, trabalho, cultura e saúde. (MARSHALL, 1967).

A positivação constitucional dos direitos sociais, culturais e econômicos, no início do século XX, abre uma nova fase política: a fase do *Welfare State* ou Estado do Bem Estar Social¹⁴, com o Estado tendo a obrigação legal de realizar políticas públicas interventivas com o fulcro de melhorar as condições de vida da sociedade.

Introduzem-se novos valores: ao invés do valor liberdade destaca-se o valor igualdade; nessa fase inibe-se o arbítrio do poder privado-econômico e expande-se como obrigação a postura ativista do Estado, até mesmo na seara privada para controlá-la e fiscalizá-la. É a luta pela efetivação dos direitos sociais por meio de políticas públicas estatais.

Já os direitos de terceira geração se originaram no campo do direito internacional, na segunda metade do século XX. São chamados também de direitos de solidariedade ou fraternidade, como o direito ao desenvolvimento, à paz, ao patrimônio comum da Humanidade, à autodeterminação dos povos e ao meio ambiente saudável. A terceira geração de direitos se fortaleceu devido à atenção dispensada aos indivíduos depois de catástrofes como as duas guerras mundiais e regimes totalitários como o fascismo e o nazismo. (BOBBIO, 2004).

Essa última geração de direitos desenvolveu a qualificação do Estado, passando este de Liberal e Social para Democrático de Direito onde o desiderato principal é impor à ordem jurídica e à atividade estatal, em todos os seus níveis, um conceito utópico de transformação da realidade, um verdadeiro direito dos povos.

¹⁴ Há idiosincrasias e peculiaridades marcantes entre os vários tipos de “Estado do Bem-Estar Social” que têm origens e contextos diferentes, como, por exemplo, o Estado do Seguro Social alemão, o Estado Providência francês, e, até mesmo, o Estado do Bem-Estar Social de cunho liberal estadunidense comandado por Roosevelt no pós-depressão de 1929. Por limitação de espaço não abarcaremos essas diferenças terminológicas. (BOSCHETTI, 2003).

Essa teoria das gerações ou dimensões dos direitos fundamentais é de grande utilidade para a análise histórica e, principalmente, didática. Mas ousamos discordar do raciocínio simplista que fundamenta esta teoria. Apesar de gozar de respeitabilidade acadêmica a teoria das gerações não se sustenta diante de uma análise mais crítica, nem tem utilidade do ponto de vista dogmático. Veremos que todos esses direitos (sejam eles de primeira, segunda ou terceira geração), se equivalem e se completam numa relação de interdependência.

A primeira observação crítica é sobre o termo “geração” ou “sucessão” de direitos humanos. O manuseio desses termos pode passar para o leitor ou intérprete uma falsa ideia ou impressão da substituição gradativa de uma geração por outra, como se fosse uma “escadinha de evolução”, onde os direitos humanos se desenvolvessem um após o outro. Há um equívoco nisso, já que o processo é de acumulação e de relacionamento entre os variados níveis de direitos humanos, e não sua sucessão mecanicista. (BARBALET, 1989).

A expressão “geração” também pode dar vazão a uma interpretação conservadora sobre a evolução dos direitos. Por exemplo, o reconhecimento e efetividade de uma nova geração somente ocorreriam se a geração anterior já estivesse completada integralmente, se já estivesse consolidada. Tal análise prejudicaria bastante a evolução dos direitos, principalmente nos países periféricos onde, se seguirmos fielmente a chamada “geração de direitos”, não foi desenvolvido integralmente nem os direitos de primeira geração, quanto mais os de segunda ou terceira. Uma consequência dessa interpretação enviesada é que os direitos de segunda geração, como o direito à saúde, têm uma baixa carga de normatividade¹⁵ sendo considerados como programáticos e sem uma atenção prioritária dada pelo Estado. (MARMELSTEIN, 2011).

A terceira observação crítica é sobre a insegurança da probabilidade da sequencia histórica das gerações ou dimensões dos direitos, pois estas nem sempre seguem a linha evolutiva descrita, ou seja, primeiro os direitos de primeira geração, depois os de segunda e, por último, os de terceira, demonstrando uma rigidez temporal simplista.

Para essa terceira crítica não se pode deixar de elencar alguns exemplos históricos como os ocorridos no Brasil. Nas décadas de 1920, 1930 e 1940 do

¹⁵ Para o jurista o Direito não se resume à norma, mas culmina sempre em sentido de normatividade, ou seja, de eficácia, sendo impossível reduzi-lo à mera conduta.

século passado houve um avanço em relação aos direitos sociais e pouco destaque para os direitos civis. Casos exemplares são a Lei Eloy Chaves, a Constituição de 1934 e, principalmente, a “Era Vargas”, durante o Estado Novo, que durou de 1937 a 1945, período em que foram legalmente reconhecidos vários direitos sociais antes da efetivação de direitos civis.

O presidente Vargas é responsável por uma série de medidas na área do direito social (considerado de segunda geração), como a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e a fixação do salário mínimo, mas, ao mesmo tempo, sempre foi um opositor ferrenho dos direitos da chamada primeira geração, como os direitos de liberdade (de imprensa, de associação, de reunião etc.) ou políticos (de filiação partidária, de voto etc.). Portanto, nesse caso, é demonstrado que os direitos de segunda geração apareceram antes dos direitos de primeira geração. (MARMELSTEIN, 2011).

E, do ponto de vista das instituições internacionais de respeitabilidade mundial, o que dizer da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que foi criada em 1919, pela Conferência de Paz logo em seguida à Primeira Guerra Mundial, para uniformizar, em nível global, as garantias sociais dos trabalhadores e trabalhadoras; enquanto a Organização das Nações Unidas (ONU), de 1945 (pós Segunda Guerra) e Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), que são instituições mais preocupadas com os direitos de liberdade foram criadas, como se vê, bem depois. Sendo assim, vários tratados reconhecendo direitos sociais foram editados no início do século XX (décadas de 1920/30), enquanto alguns direitos liberais foram se fortalecer nas décadas de 1940 e 1950 do mesmo século. (MARMELSTEIN, 2011).

A quarta e última observação crítica é sobre a seguinte constatação em relação à interpretação desses direitos fundamentais: que os direitos de segunda geração (sociais) são direitos prestacionais e onerosos e os direitos de primeira geração (liberais) são direitos negativos, não onerosos. (MARSHALL, 1967). Trata-se, como vemos, de um equívoco.

Essa linha de raciocínio advoga que os direitos civis e políticos (direitos de liberdade) teriam o *status* negativo, pois implicariam em um não-agir (omissão) por parte do Estado, enquanto os direitos sociais e econômicos (direitos de igualdade) teriam um *status* positivo, já que sua implementação necessitaria de um agir (ação) por parte do Estado, mediante o gasto de verbas públicas.

Um exemplo que contrapõe esse tipo de argumento é a característica do direito à saúde: a saúde, como direito social, seria considerada classicamente um direito de segunda geração, portanto que demandaria gastos públicos, onerando o Estado. Mas a efetivação da saúde também é caracterizada como um não-agir, por exemplo, quando o Estado é impedido de editar normas que afetem a saúde da população ou proibido de violar a integridade física e psíquica das pessoas, como no caso de tortura e maus tratos. A determinação de normas de proteção à saúde do trabalhador também é um encargo privado, obrigação das empresas e não do Estado. (MARMELSTEIN, 2011).

Portanto, que se afaste essa falsa tese de que os direitos sociais são direitos relacionados a prestações de serviços públicos e oneram sobremaneira o Estado, e os direitos de liberdade são direitos negativos, e não oneram o Estado de forma significativa. Essa falsa dicotomia reflete na teoria da aplicabilidade das normas constitucionais, contribuindo para reforçar a tese de que os direitos sociais são meras normas programáticas, cuja aplicação ficaria a depender da boa vontade do legislador e do administrador público, não podendo a efetivação de esses direitos ser exigida judicialmente.

Nessa análise crítica sobre o desenvolvimento da teoria das dimensões ou gerações dos direitos não houve o intuito de negar ou desprezar sua força didática e histórica, apenas coloca-se questões para enriquecê-la dando ao seu conteúdo uma contribuição mais integral no sentido de interpretar qualquer direito fundamental de uma forma mais ampla onde as três clássicas dimensões possam atuar com mais liberdade sobre ele.

1.1.2.2 A Evolução do Direito à Saúde e sua Consolidação como Direito Fundamental Social Constitucional

Antes de analisarmos a evolução do direito à saúde, investigamos, primeiramente, a evolução do conceito de saúde a partir da conceituação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

De acordo com Dallari (2009), o ambiente da Revolução Industrial contribuiu para o acirramento da discussão em torno do conceito de saúde e, com o passar dos anos, devido a várias conjunturas internacionais, este conceito somente se chegou a uma conclusão derradeira com a criação da Organização Mundial da

Saúde (OMS) por meio do preâmbulo de sua Constituição de 1946: “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

Essa conceituação feita pela OMS, ao mesmo tempo em que forneceu uma base legal sólida e segura que influenciou várias diretrizes e parâmetros para assegurar o acesso à saúde, também foi alvo de críticas bem pertinentes feitas principalmente por gestores e intelectuais sanitaristas. Estes alegavam que o conceito de saúde da OMS correspondia à definição de felicidade¹⁶ e, que, portanto, tal estado de completo bem estar seria impossível de se alcançar e seria até mesmo antioperacional.

Mas há também a argumentação de que embora o completo bem-estar não exista, a saúde deve ser entendida como a busca constante desse estado, uma vez que qualquer ataque e redução desse conceito de saúde prejudicarão sobremaneira o desenvolvimento da luta pelo direito à saúde no mundo. (DALLARI, 2009).

Depois do reconhecimento internacional do direito à saúde por meio da OMS em 1946 e, logo em seguida, em 1948, com a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), no Brasil, nessa mesma época, o direito à saúde foi incorporado como assistência em saúde dos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho (o que representava, à época, a minoria da população), deixando à margem a maioria esmagadora da população que não contribuía com a previdência social.

Antes da promulgação da Constituição de 1988, as políticas públicas de saúde tinham como objetivo principal propiciar a manutenção e recuperação da força de trabalho necessárias à reprodução social do capital e, dialogando com esse modelo, o setor sanitário brasileiro era marcado por forte cunho assistencialista e curativo, de caráter crescentemente privatista, sem prioridade para as políticas públicas de saúde. (AROUCA, 2003).

Não se debatia a interação das políticas de saúde com seus determinantes e condicionantes, como moradia, alimentação, transporte, saneamento, educação, em uma visão integrada e totalizante, mas apenas de forma preventivista, que era uma ideia importada do liberalismo estadunidense e que defendia o setor saúde como

¹⁶ Note-se que há um movimento no Brasil, denominado “Movimento Mais Feliz”, que tem o objetivo de colocar expressamente em nossa Constituição, no art. 6º, o direito à felicidade, por meio de proposta de emenda constitucional. [on line] Disponível na Internet na URL: <http://www.valor.com.br/cultura/2583386/direito-felicidade>. (Consultado em 03/03/2014).

autônomo e isolado e que a história era realizada em sua plenitude pelos indivíduos, sem influência coletiva. (SCOREL, 1998).

Para mudar esse quadro no Brasil, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP's), que foram criados na década de 1950 e fortalecidos pela Lei da Reforma Sanitária de 1968, foram o principal instrumento de apoio para a criação do movimento sanitário com o intuito de unir a teoria e a prática da política de saúde, de forma dialética, apreendendo os aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais que abarcavam a saúde de forma direta e indireta. (SCOREL 1998).

Nos anos 1970, em plena ditadura militar, havia três correntes do pensamento sanitário no ambiente dos DMP's: 1) liberal, caracterizado pela defesa da suposta neutralidade da ciência, com foco no indivíduo e prevalência do setor privado; 2) racionalizador, que almejava uma interação entre a gestão institucionalizada (principalmente secretarias de saúde) com universidades de pensamento crítico para sintetizar uma proposta viável de saúde pública para a população e; 3) médico-social, com pensamento heterodoxo e de enfrentamento à situação vigente, propondo a teoria como instrumento de luta política, o processo saúde-doença como totalidade, delimitação do campo da saúde coletiva, desmedicalização e controle popular, todas essas demandas combinadas com a luta pelo reestabelecimento democrático. (SCOREL 1998).

A ditadura militar se encontrava numa crise de legitimidade e precisava implementar políticas públicas de saúde para amenizar as desigualdades causadas principalmente pelos “anos de chumbo” e seu falacioso “milagre econômico”. Nessa brecha aberta pelo Estado, ativistas sanitários começam a ocupar postos estratégicos para que, usando uma lógica gramsciana, influenciasse de dentro para fora a lógica de atuação estatal. Essa tática obteve bastante êxito com programas como o Projeto Montes Claros (MOC) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass).

O Projeto Montes Claros (MOC) foi implementado no início da década de 1970 na cidade de mesmo nome situada no norte de Minas Gerais, e pode-se dizer que foi o precursor do Sistema Único de Saúde (SUS) pois sua atuação era realizada de forma descentralizada, regionalizada, hierarquizada, com administração democrática e eficiente com participação popular, integralidade de assistência sanitária e atendimento por auxiliares sanitários. O MOC foi uma escola de quadros para o que viria a ser o movimento de Reforma Sanitária brasileiro. (FELIPE, 1993).

Já o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), elaborado pelo setor de saúde do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), objetivava a interiorização sanitária por meio dos programas de extensão propostos pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Sua atuação estava centrada principalmente nos grotões do país, onde não havia interesse do mercado privado de saúde. Continha diretrizes parecidas com as do MOC, como universalização, descentralização, acessibilidade, integralidade e participação comunitária. Instalava rede de minipostos contratando auxiliares da saúde das próprias regiões atendidas. O Piass foi precursor do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). (TAVARES, 1993).

Todo esse acúmulo de atuação originou um dos movimentos mais importantes em prol da saúde pública do Brasil: o movimento pela Reforma Sanitária, influenciado pela Reforma Sanitária Italiana e seu principal mentor: o professor Giovanni Berlinguer, membro do Partido Comunista Italiano (PCI)). Tal movimento foi importante não somente pela luta por uma saúde pública e universal, mas também contra o regime ditatorial então vigente. (SCOREL, 1998).

A principal influência teórica do movimento sanitário foi o marxista italiano Antônio Gramsci, do qual Berlinguer era discípulo, que refletiu na tática de ocupação de cargos no Estado para tentar explorar as contradições da atuação burocrática em prol de avanços na hegemonia sanitária brasileira. (GRAMSCI, 1966). Outro ponto a se destacar é que os membros da Reforma Sanitária também colocaram em prática, de forma consciente ou não, o programa de transição do revolucionário soviético Leon Trotsky, que consistia em fazer a união entre o programa mínimo – saúde como direito de todos e dever do Estado – com a mudança estrutural na sociedade, lutando por um país mais justo e solidário (TROTSKI, 1936), valendo-se da batalha pela democracia não somente como uma questão tática mas principalmente como uma estratégia militante. (COUTINHO, 1984).

O Movimento Sanitarista, com toda a dinâmica de luta característica de movimento social, assumido inicialmente por intelectuais-militantes, como Sérgio Arouca, e, depois, por trabalhadores, artistas, partidos políticos (como o Partido Comunista Brasileiro - PCB e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB) se fortaleceu no final da década de 1970 e, principalmente, no decorrer da década de 1980.

No impulso desse movimento surgiram diversos grupos sociais que ratificaram a luta pela saúde como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (ABRASCO), em 1979, acentuando o debate político-ideológico sobre as políticas de saúde.

Com a redemocratização do Brasil houve vários avanços na participação popular, como a criação do Sistema Único Descentralizado da Saúde (SUDS) e, em 1986, o Movimento pela Reforma Sanitária conseguiu uma importante vitória com a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), ocasião em que foi debatida não só a importância de um Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de um debate mais amplo em torno de uma Reforma Sanitária, como a constitucionalização do direito à saúde. (SCOREL, 1998).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) foi realizada em Brasília e contou com a presença de quatro mil pessoas sendo o evento institucional de maior relevância durante o período da denominada Nova República. (LUZ, 1994). O documento final foi resultado de três dias de debate nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), discutindo a seguinte temática: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde (resultando posteriormente no SUS) e financiamento/fundo público. (SCOREL; BLOCH, 2008).

As discussões da 8ª CNS eram travadas pela ala progressista de esquerda, formada pelos comunistas, socialistas e trabalhistas que defendiam a criação de um sistema universal de saúde, e pela ala conservadora, representada pelos (neo) liberais, que defendia a atuação do setor privado na saúde. Os resultados práticos de maior importância foram a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a formulação dos principais objetivos e diretrizes do SUS na Constituição de 1988.

A Assembleia Nacional Constituinte realizada entre 1987 e 1988 equalizou as demandas da 8ª CNS em uma disputa ideológica que refletia, nas peculiaridades de um país de modernização conservadora (MOORE JR, 1975), a influência do Estado do Bem Estar Social europeu e os conflitos ideopolíticos fomentados pela esquerda e pelo “Centrão”. Tal imbróglio democrático originou, no dizer de Boschetti (2009), um sistema de seguridade social híbrido, pois sistematizada com direitos universais (saúde), dependentes do trabalho (previdência) e seletivos (assistência),

nunca chegando a ter uma política de integração e unificação entre esses direitos constitucionalizados.

Antes da promulgação da atual Constituição da República, o direito sanitário se resumia, principalmente, na análise jurídica individual, por meio da relação contratual entre médico e paciente, sem atentar para uma análise sociológica da questão, que deveria envolver uma reflexão sobre as determinantes e condicionantes da questão sanitária. A juridicização sobre o tema era restrita e residual, sendo objetos de análise apenas alguns regulamentos e leis esparsas sobre o tema. Tal fato refletia as condições do direito à saúde na realidade brasileira pré-Constituição: um direito restrito à parcela da população inserida no mercado formal de trabalho, ou seja, um direito limitado e com campo de atuação reduzido. (DALLARI, 1988).

Analisamos o advento das normas constitucionais sanitárias, redigidas com influência dos embates do Movimento Sanitário e vemos que o texto constitucional conseguiu abarcar o direito sanitário de uma forma mais geral e ampliada, tentando se aliar à sintonia da população: já no art. 1º de nossa Constituição, se inicia a proteção constitucional do direito à saúde, corolário do direito à vida com a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil, que, por sua vez, é complementado pelo art. 3º que constitui como objetivo desta República a promoção do bem de todos. No art. 5º há a inviolabilidade do direito à vida e, finalmente, no art. 6º, o direito à saúde é expressamente garantido dentre os direitos sociais.

Outro artigo importante em nossa Carta Magna é o art. 196 que prescreve a saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando ao Poder Público o caminho para assegurá-lo: “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Um aspecto relevante e que envolve a participação dos entes federativos diz respeito às competências comuns e concorrentes. O art. 23, II, relata que o dever de cuidar da saúde e da assistência pública é de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, enquanto o art. 24, XII, delimita a competência concorrente da União, Estados e Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde.

Como se vê, há uma responsabilidade solidária em matérias de grande relevância social, como o direito à saúde, cuja implementação não pode ser prejudicada por questões de conflito de competência, sendo assim, os poderes públicos em geral devem cooperar na execução das tarefas e objetivos enunciados.

Como explica Weichert (2005) o federalismo na questão sanitária é importante para a ratificação da forma ordenada e otimizada do Sistema Único de Saúde conforme seus princípios e diretrizes basilares para a aplicação do direito sanitário de acordo com os parâmetros constitucionais. As competências comuns dos entes federados fazem parte de um projeto nacional em torno de demandas por serviços em regiões mais necessitadas, por isso, surge como reivindicação principal a efetiva autonomia financeira dos Municípios (e não só autonomia política) para que a descentralização das competências seja realizada da forma mais justa possível.

A concretização da competência material por cada ente deverá se dar em conformidade com as regras próprias do SUS. A obrigatoriedade de todos os entes federativos integrarem o sistema de saúde é o principal aspecto da unidade desse sistema e essa cooperação imposta está estruturada pela legislação federal, por meio da qual Municípios, Estados e Distrito Federal estão subordinados à gestão nacional.

Outro aspecto importante dado pela nossa Constituição ao direito à saúde é seu aspecto de relevância pública (art. 197, CF/88). Como bem relata Araújo (2004) relevância pública abarca os objetivos e fundamentos que dão lastro à aplicação das políticas públicas conforme a República Federativa do Brasil, e que estão consolidados nos art. 1º e 3º de nossa Carta Política de 1988 como, por exemplo, a dignidade da pessoa humana, a construção de uma sociedade justa, livre e solidária, a promoção do bem comum e a erradicação da pobreza. A efetivação do direito à saúde, principalmente no contexto brasileiro, é uma luta constante para garantir e avançar nesses objetivos e fundamentos da República, portanto, não há dúvida que o direito à saúde é um direito de relevância pública.

Assim, se os serviços públicos são aqueles serviços que se destinam a assegurar o bem público, a eliminar as carências individuais e regionais, o que também reflete o comprometimento com a concretização da dignidade da pessoa humana e do Estado Democrático de Direito, os serviços e ações de saúde foram constitucionalmente erigidos a serviços muito mais do que públicos, mas de relevância pública.

Weichert (2005) ratifica essa qualificação de relevância pública ao interpretar que a saúde, dentre os direitos sociais, é prioritário, não devendo ser menosprezado frente aos demais, principalmente em relação à destinação de recursos. À saúde deve ser assegurado um financiamento que corresponda à sua relevância em comparação com outros direitos, estes sendo civis, econômicos, políticos ou até mesmo sociais. O direito à saúde deve ser priorizado no orçamento público pelo fato de ser classificado, constitucionalmente, como serviço de relevância pública.

Barroso (2007) classifica o direito à saúde, integrante da seguridade social, como norma constitucional definidora de direitos. Segundo o constitucionalista, estas normas criam para seus beneficiários situações jurídicas imediatamente desfrutáveis, a serem materializadas em prestações positivas ou negativas. E caso as prestações não sejam satisfeitas, pelo Estado ou por quem tenha o dever jurídico de realizá-las, tem-se a possibilidade de seus destinatários postularem seu cumprimento, inclusive por meio de ação judicial. Assim, se ratifica, de forma incisiva, o direito subjetivo, ou seja, o poder de ação, de exigir a satisfação de um determinado interesse.

Sarlet (2012) entende que as normas constitucionais que tratam do direito à saúde são normas de cunho programático, enunciando axiomáticamente que a saúde é direito de todos e dever do Estado, como relata o art. 196, e a partir daí impõe-se aos poderes públicos uma série de tarefas e diretrizes. Entretanto, o autor não considera o cunho programático das normas constitucionais de direitos sociais como impeditivo, por si só, de que se outorguem direitos subjetivos, inclusive de cunho prestacional. Ao contrário, Sarlet (2012) também tem a mesma ilação de Barroso (2007), ao vislumbrar a possibilidade de, para além dessa dimensão programática, as referidas normas reconhecerem direitos subjetivos aos seus beneficiários.

Voltando a análise que Barroso (2007) faz em relação ao direito à saúde ele constata que há certa fluidez de alguns artigos que abrigam estas espécies normativas (direitos sociais), asseverando que a pronta verificação de seu cumprimento é complexa e, por vezes, se depara com limites de cunho econômico e político. Ele cita, ainda, como um empecilho à hermenêutica jurídica, o caráter um tanto dúbio do art. 196 da Constituição que, na parte inicial, faz menção ao direito à

saúde e ao dever do Estado, mas, logo depois, tem redação programática, discorrendo acerca de políticas sociais e econômicas que não estão especificadas.

Barroso (2007, p.93) considerou que o art. 196 produziu vasta jurisprudência e lança mão de julgado paradigmático do Supremo Tribunal Federal (STF)¹⁷ que sistematizou a matéria junto à Corte máxima do seguinte modo:

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art.196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve zelar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.

Já Silva (2014) classifica os direitos sociais como normas de princípio programático excepcionando desta classificação o direito à saúde pois cabe ao Estado a obrigação constitucional de realizá-lo por meio de políticas públicas e, caso não o faça, não deve servir como argumento que a norma é apenas um programa a orientar o Estado, mas sim um caso de desrespeito constitucional, um descumprimento da norma.

Portanto, está mais do que comprovado que o direito à saúde é um direito subjetivo público, sendo norma de eficácia plena e imediata, já que a parte inicial do art. 196 “saúde é direito de todos e dever do Estado”, em união com o art. 198, que determina a criação de um sistema único para garantir atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais, consolida esse entendimento.

Observando a parte final do art. 196, remonta-se à sua característica programática na possibilidade de escolha, entre as várias condutas possíveis, do estabelecimento de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Desta feita, organiza-se aqui o SUS e das medidas que melhor atendam as necessidades da população como um todo, lembrando que diante da realidade em que as necessidades e problemas apareçam

¹⁷ Agravo de Regimento no Recurso Extraordinário 271286. Disponível na Internet na URL: <http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=226&dataPublicacaoDj=24/11/2000&incidente=3542020&codCapitulo=5&numMateria=37&codMateria=3> (Consultado em 23/04/2014).

e que não estejam previstas nas políticas públicas, o cidadão ou cidadã tem a prerrogativa de solicitar suas soluções aos órgãos competentes e, caso não obtenha sucesso, tem todo o direito de recorrer ao Poder Judiciário para fazer valer seu cumprimento, assim, consubstanciará a participação popular consentânea com o desenvolvimento específico de determinada conjuntura.

E analisando a saúde sobre as dimensões negativa e positiva, Sarlet (2012) explica que em relação à dimensão negativa, ou seja, direitos fundamentais como direitos negativos, o Estado (e os particulares também) tem o dever de não afetar o direito à saúde das pessoas, e qualquer ação em sentido contrário, ofensiva à saúde, pode ser objeto de uma demanda judicial.

E, em relação à dimensão positiva ou prestacional, o autor relata sobre as específicas dificuldades existentes como, por exemplo, sobre o que consiste o direito à saúde na Constituição, pois apesar dos termos dispostos nos arts. 196 a 200, há algumas referências genéricas que dão insegurança sobre o direito estudado. Nesse caso, segundo Sarlet (2012), a definição do que constitui o direito à saúde deverá ser feita não apenas pelo legislador (federal, estadual e municipal), como também pelo Poder Judiciário e, principalmente, pela pressão popular por meio dos Conselhos de Saúde, visto que o direito à saúde tem a prerrogativa de ser exercido plenamente, como um direito público subjetivo.

Portanto, o direito à saúde é um direito subjetivo fundamental social de todos os cidadãos brasileiros, fruto de muita luta e conquista e que gera, por sua vez, o dever do Estado de propiciá-lo imediatamente, sob pena de ser instado judicialmente a fazê-lo.

Analisamos, a seguir, o contexto da década de 1990, com a implementação sistematizada do ideário neoliberal no Brasil e suas consequências para a política pública de saúde.

1.2 O Neoliberalismo no Brasil na Década de 1990 e suas Consequências para a Política Pública de Saúde

Antes de adentrarmos na especificidade de nosso país, desenvolvemos uma introdução sobre o surgimento do neoliberalismo no cenário mundial realizando uma rápida análise sobre suas consequências nos países onde foi aplicado, destacando os aspectos político e econômico.

1.2.1 Neoliberalismo no Contexto Mundial: uma Rápida Introdução

O neoliberalismo surgiu na década de 1940, precisamente depois da Segunda Guerra Mundial, contra as correntes majoritárias da época: a social democracia com influência do keynesianismo e o socialismo da União Soviética. O ano preciso de seu principal texto de origem “O Caminho da Servidão”, de Friedrich Hayek¹⁸, é 1944, início do auge do antípoda Estado do Bem Estar Social, que exibiu crescimento econômico, alto índice de emprego via construção de obras públicas e reerguimento da onda de expansão adquirindo respaldo no sistema capitalista mundial. (ANDERSON, 1995). A obra de Hayek, como o título demonstra, defende que as regulações do Estado vigente podem levar a uma servidão de novo tipo, uma “servidão moderna”, pois não haveria competitividade e liberdade para os mercados, prejudicando uma espécie de seleção natural onde os melhores indivíduos prevaleceriam, numa interpretação que flertava com o “darwinismo social”. Sendo assim, Hayek - e também Friedman - advoga por uma versão radical de um liberalismo regressivo. (FILGUEIRAS, 2006).

O que podia parecer uma ideia exótica restrita a um gueto de intelectuais da extrema direita se transformou em realidade com a crise fiscal do Estado (O’CONNOR, 1977)¹⁹ e seus choques do petróleo na década de 1970. A Sociedade de Mont Pèlerin (estação da Suíça onde se reuniam periodicamente para criticar o solidarismo e o estatismo) acusou como causa principal da crise do Estado de Bem Estar o excessivo poder de influência dos sindicatos e de todo o movimento operário que, nas palavras dos neoliberais, estariam colocando como refém toda a sociedade e o governo dos principais países da Europa central ao chantagear por melhores salários e gastos sociais, prejudicando as bases de acumulação capitalista. (ANDERSON, 1995).

Tal acusação do grupo liderado por Hayek e Friedman ecoou como grande solução para a crise do Estado e conseguiu preencher o vazio de legitimidade deixado pelo keynesianismo nos governos conservadores que assumiam o poder já no final da década de 1970 e início de 1980 na Europa e nos Estados Unidos. Margareth Thatcher, em 1979, na Inglaterra; Ronald Reagan, em 1980, nos Estados

¹⁸ Pensador da Escola Austríaca que, juntamente com Milton Friedman, da Escola de Chigaco, se transformariam nas grandes referências do ideário neoliberal pelo mundo.

¹⁹ A crise fiscal do Estado, para O’Connor (1977), se resume a uma crise do modo de produção capitalista e da manifestação contraditória do capitalismo em seu estágio monopolista.

Unidos, seguidos por Helmut Kohl, em 1982, na Alemanha e Poul Schlüter, em 1983, na Dinamarca. Logo após, a maioria dos países de toda a região europeia e inclusive de outros continentes, como a Oceania e a Ásia, de distintos espectros partidários (inclusive os socialistas Mitterrand na França e Papandreou, na Grécia) incluiria a ideologia neoliberal como prática de governo.

Destacamos a impressionante hegemonia construída pelos defensores do neoliberalismo no sistema capitalista mundial, seja por meio de apoio do capital financeiro internacional, financiando projetos e candidaturas políticas, seja por meio da grande mídia e parte da intelectualidade, que sublinhavam diuturnamente as benesses do sistema restritivo e competitivo influenciando não somente a estrutura do processo de produção e reprodução do capital, mas também a superestrutura do sistema, determinando, dessa forma, uma “subjetividade antipública”, nos dizeres de Biondi (2000).

Os principais pontos do projeto neoliberal executados pelos governos eram a diminuição das altas taxas inflacionárias por meio de altas taxas de juros, crescimento do desemprego (aumento do exército industrial de reserva) para frear a pressão sindical e fomentar a competição entre os trabalhadores aumentando a desigualdade e privatizações de empresas estratégicas com o intuito de aumentar a receita do governo e dinamizar a atuação do mercado, diminuindo a presença do Estado no âmbito econômico. Tais propostas, se cumpridas, segundo os defensores do neoliberalismo, permitiriam que os países voltassem a altos índices de crescimento numa nova fase de expansão, tal qual os anos de ouro do capitalismo, mas desta vez, com uma nova roupagem, moderna e modernizante sem o peso carcomido do Estado. (HARVEY, 2008).

A principal aposta dos neoliberais foi um fiasco, já que não houve, na esmagadora maioria dos países onde foi implantado, crescimento econômico e recuperação de lucros. O neoliberalismo foi posto em prática, numa primeira fase, na Europa e nos Estados Unidos, substituindo governos que defendiam intervenção estatal por meio dos denominados Estado do Bem Estar Social e o “New Deal”, respectivamente. A principal implementação do neoliberalismo, porém, e a que comprova mais uma vez a força de sua hegemonia, foi nos países do Leste Europeu, que antes estavam sob influência do stalinismo soviético, que defendiam e atuavam com base na expropriação da burguesia, no monopólio do comércio exterior e planificação econômica e que tiveram que mudar drasticamente seu plano

político e econômico com a queda do muro de Berlim no final da década de 1980 e início da década de 1990 efetivando, de modo rígido, o ideário neoliberal. (ANDERSON, 1995; HARVEY, 2008).

Depois do Leste Europeu, o neoliberalismo entrou numa terceira fase de expansão também no mesmo período dos ex-países soviéticos, ao ser introduzido por governos latinoamericanos como os de Carlos Salinas, no México em 1988, Carlos Menem, na Argentina, em 1989, Carlos Andrés Pérez, em 1989, na Venezuela, Alberto Fujimori, em 1990, no Peru e Fernando Collor, em 1990, no Brasil. Tal continente abraçou a causa neoliberal com entusiasmo pois na década de 1980 sofreu bastante com a hiperinflação, justamente o que o neoliberalismo sabia melhor combater prejudicando todos os outros fatores macroeconômicos, como ficou comprovado historicamente.

Lembramos também que a América Latina, especificamente o Chile, foi o primeiro laboratório do mundo de implementação do neoliberalismo. Foi no período da sangrenta ditadura do general Pinochet que o ideário do “Estado Mínimo” foi aplicado com toda a força, sob influência majoritária da Escola de Chicago, com cortes sociais, privatizações, desregulamentações, invasão de empresas estrangeiras e estrangulamento dos movimentos sociais, principalmente do combativo movimento dos trabalhadores do cobre. Milton Friedman elogiava o procedimento do Chile, pois era melhor testar o neoliberalismo num ambiente onde não havia nenhum vestígio de democracia, desta forma, tal ambiente ajudaria o desenvolvimento por completo das empresas privadas internacionais em todos os setores. O Chile foi o único país que, aplicando o receituário neoliberal, obteve um estável crescimento econômico sendo Pinochet aclamado pela Sociedade de Mont Pèlerin e, logo depois, por ninguém menos que a “dama de ferro” Margareth Thatcher. (ANDERSON, 1995).

Depois dessa introdução sobre o neoliberalismo em seu sentido geral, analisando as regiões onde foi implementado, buscamos compreender seu advento no Brasil, analisando suas peculiaridades e idiossincrasias nos âmbitos político e econômico.

1.2.2 O Surgimento do Neoliberalismo e suas Implicações Políticas, Econômicas e Sociais no Brasil na Década de 1990

Já havia no Brasil, na década de 1980, pressão de setores privatistas por meio de organismos internacionais para a implementação do ideário neoliberal no país com medidas para conter a hiperinflação, o excessivo aumento de servidores (“marajás”) e gastos públicos e de atenuação da atuação do Estado na economia. Mesmo assim, alguns fatores contribuíram para que o Brasil fosse o último país a receber, de forma sistemática, o ideário neoliberal.

Em primeiro lugar, o empresariado industrial não nutria nenhum tipo de simpatia por uma concepção que favorecia sobremaneira o capital financeiro especulativo, que estava sob comando de grandes empresas transnacionais que não estavam preocupadas, naquele momento, de se aliar com a burguesia industrial do setor produtivo brasileiro. Os ideólogos desenvolvimentistas estavam divididos entre, por um lado, completar o Modelo de Substituição de Importações (MSI) e, por outro, de pensar uma nova proposta de intervenção do Estado na economia para privilegiar a indústria nacional, garantindo patamares elevados de emprego e renda concentrando sua atuação nos grandes centros urbanos formados recentemente por reflexo do êxodo rural. (FILGUEIRAS, 2006).

Além disso, havia uma oposição de combate aos planos neoliberais, seja no Parlamento por meio de deputados e senadores progressistas, seja por meio do grupo da esquerda popular e democrática que almejava como meta-síntese o “Lula Lá” (BENJAMIN, 2004), que se organizavam em torno do Partido dos Trabalhadores (PT). Este grupo propunha nos ambientes institucionais e fora deles medidas antineoliberais como reformas que mudariam estruturalmente a correlação de forças e o posicionamento das classes sociais no Brasil, como as reformas agrária, urbana, do sistema financeiro, universitária, entre outras, justamente o oposto da reação burguesa com sua contrarreforma neoliberal.

Combinado aos dois aspectos anteriores, outro motivo que auxiliou bastante no enfrentamento ao neoliberalismo no Brasil foi a Carta Constitucional de 1988 que, apesar de ser fruto de esforço para a formação de uma espécie de um pacto civilizatório entre as forças de poder do país, continha muitos artigos progressistas como a função social da propriedade, os direitos trabalhistas, a seguridade social (saúde, previdência e assistência), educação, meio ambiente, a igualdade de

gênero, raça, etnia, e de trabalhadores urbanos e rurais, a proteção ao emprego e o estímulo ao desenvolvimento para a obtenção de uma sociedade livre, justa e soberana, além de uma parte importante para a Ordem Social. A Constituição da República Federativa do Brasil se transformava no maior instrumento para garantir a efetivação – não somente de direitos civis e políticos – mas principalmente dos direitos sociais sendo utilizada para o enfrentamento contra o neoliberalismo.

Apesar desses fatores antineoliberais, a eleição vencida pelo candidato conservador Fernando Collor, em 1989, foi a chance que o ideário de Hayek e Friedman precisava para instalar-se no Brasil. A derrota do candidato da esquerda democrática, Lula, abria uma nova fase de descenso e refluxo dos movimentos sociais, fundamental para a tentativa de efetivação do neoliberalismo nos mecanismos governamentais de comando do país.

No âmbito econômico, a principal proposta do presidente Collor era acabar com a inflação galopante, que corroía o poder de compra dos setores mais pauperizados, chamados pelo presidente de “descamisados”²⁰. Juntamente com medidas monetaristas neoliberais, Collor lançou o Plano Brasil Novo ou Plano Collor, que consistia no bloqueio de 66% dos ativos financeiros disponíveis (BERHING, 2008) com o propósito de aumentar a receita pública equilibrando as finanças e lastreando de forma mais sólida as reservas do país, podendo inclusive recobrar o comando sobre os instrumentos da política econômica. O Plano fracassou por dois motivos principais: boicote da elite rentista que era contra o confisco das contas²¹ e a abertura comercial e contrarreforma administrativa que propiciaram um risco de paralisação do sistema de pagamentos e crise bancária ampliando o ritmo de expansão da liquidez. (BARBOSA; SOUZA, 2010).

Dado o fracasso do Plano Collor I, em 1990, foi lançado o Plano Collor II, em 1991, desta vez com um viés extremamente conservador e ortodoxo, implementando o neoliberalismo por meio de privatizações, cortes nos gastos públicos, redução das tarifas aduaneiras, expressiva abertura comercial, ajuste fiscal e demissões em massa. Collor fracassou em diminuir a inflação, a abertura às

²⁰ Collor, como um bom neoliberal, adotou um discurso que privilegiava o indivíduo fragmentado, atomizado, o “descamisado”, combatendo, ao mesmo tempo, qualquer iniciativa da coletividade expressa por movimentos sociais, lembrando também a famosa frase de Thatcher que dizia que não existia coletivos mas sim indivíduos.

²¹ Ironicamente, essa elite votou em Collor com a promessa de que não haveria confisco das poupanças. Collor chegou a acusar seu adversário Lula de confisco não somente da poupança, mas de todos os imóveis e móveis dos cidadãos brasileiros, caso esse opositor vencesse as eleições.

empresas estrangeiras foi realizada sem nenhum tipo de controle e objetivo, não conseguiu elaborar uma política industrial para o mercado interno e tampouco favoreceu a batida tese da “teoria das vantagens comparativas”²² por meio da exportação de commodities pois cortou subsídios agrícolas.

Collor governou de forma lastimável, incorporou o novo assim como a nova ideologia do neoliberalismo, que quis fazer sua imagem e semelhança, como um presidente jovem, moderno e atlético. Com uma equipe econômica despreparada, sem experiência para o cargo, com um partido que surgiu do voluntarismo típico de suas ações, isolado por governadores e parlamentares e inundado por escândalos de corrupção, Collor, diferentemente de outros governantes neoliberais, governou por pouco tempo (1990-92) sofrendo um processo de *impeachment*. Terminava de forma melancólica a primeira experiência de um governo eleito democraticamente depois do período ditatorial.

Na questão política, surgia o “movimento dos caras-pintadas”, protagonizado pelo movimento estudantil, que trazia esperança para o campo da esquerda democrática, propondo mais política social e ética no Brasil defendendo a posse de Luiz Inácio Lula da Silva no lugar de Collor após o escândalo do impeachment. Porém, o vice de Collor, Itamar Franco, assumiu e cumpriu o restante do mandato, seu ministro da Fazenda, o sociólogo Fernando Henrique Cardoso (FHC), seria o responsável por comandar uma equipe econômica que controlaria a inflação e completaria, de forma organizada e sistemática, o plano neoliberal no Brasil.

FHC venceu duas eleições presidenciais representando o pensamento conservador e neoliberal no Brasil contra o candidato da oposição, Luiz Inácio Lula da Silva, que representava, como anteriormente, o campo progressista da esquerda democrática. FHC governou de 1995 a 2002 tentando implementar integralmente o receituário do Consenso de Washington no Brasil. Este Consenso, na verdade um consenso do/para o conservadorismo, foi realizado na capital estadunidense em 1989, no auge do pensamento único e da queda do muro de Berlim, organizado pelo *Institute for International Economics* (IIE), Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Departamento do Tesouro Estadunidense.

²² Teoria desenvolvida por David Ricardo em que um país se especializa em um determinado setor para trocas no mercado mundial. No caso do Brasil, seria a agricultura para exportação e, em troca, importariamos bens industriais para o nosso desenvolvimento.

As dez principais regras ou políticas neoliberais defendidas pelo Consenso de Washington para a América Latina e que faziam parte do Governo FHC em seu “Plano Real²³” eram: a) limitação dos gastos do Estado à arrecadação, extinguindo o déficit público; b) redução do investimento público e fortalecimento de políticas focalizadas; c) contrarreforma tributária valorizando os impostos indiretos, isentando os mais ricos; d) liberalização/desregulação do sistema financeiro sem interferência do Estado; e) taxa competitiva de câmbio (com FHC o câmbio foi sobrevalorizado com abertura econômica, depois, por causa da crise de 1999, determinou câmbio flutuante); e) liberalização do comércio exterior combinada com os desígnios da globalização; f) eliminação de restrições ao capital externo; g) privatização de empresas estatais de setores estratégicos enfraquecendo a soberania nacional; h) contrarreforma trabalhista, com restrição e desregulação de direitos; i) defesa da propriedade intelectual. (BATISTA, 1994).

Referenciado em Behing e Boschetti (2011), Salvador (2010) e Mattoso (2010), os dois mandatos do presidente FHC, reforçando o programa das dez políticas do Consenso de Washington, também procurou radicalizar o neoliberalismo com as seguintes características: 1) intensificação do capital financeiro internacional, classificado também como *hot money* (dinheiro quente), pois de investimento de curto prazo, que tem como principal meta especular nas bolsas de valores, originando lucros rápidos para donos de bancos, executivos e gerentes das agências de investimento e fundos de pensão (que mantêm uma relação de dependência uma da outra) via crédito fácil e disponível sem lastro real aparente; 2) capital produtivo-industrial relegado à margem e enfraquecido, já que também opta por ganhos rápidos aliando-se numa espécie de mutualismo ou simbiose econômica com o capital fictício das bolsas ocasionando obviamente uma marcante desindustrialização refletindo na cadeia do desemprego na maioria dos centros urbanos do nosso país, chegando a taxas de mais de 20%; 3) transferência do fundo público e orçamento da seguridade social para o capital financeiro internacional – isento de qualquer taxaço - mediante pagamento de dívidas, juros, amortizações e

²³ O Plano Real foi concedido por uma equipe de economistas ligados a Escola de Chicago de Friedman e a Escola Austríaca de Hayek, como Pedro Malam, Pêrsio Arida, Armínio Fraga, Gustavo Franco, Edmar Bacha, que lecionavam, em sua maioria na Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro e que objetivavam minar de vez a inflação e estabilizar a moeda, o que acabou acontecendo, deteriorando, porém, com todos os outros indicadores macroeconômicos, como déficit na balança de pagamentos, déficit fiscal, juros estratosféricos, câmbio fora do padrão e alto desemprego. (BENJAMIN *et al*, 1998).

desonerações, denotando uma perversa alquimia; 4) limitação da margem de manobra de ação do Estado ao tentar construir, de qualquer maneira, um superávit primário maior até mesmo do que o exigido pelo FMI, por meio do tripé da subordinação: câmbio flutuante sem controle governamental, metas de inflação exigidas para apenas 20 países do globo e altas taxas de juros para o benefício dos especuladores de títulos da dívida pública e privada; 5) Mais do que uma exploração, uma superexploração dos trabalhadores com o intuito de produzir aumento atrás de aumento de mais valia, via desemprego recorde com baixa renda controlada pelo exército industrial de reserva e, aumentando, dessa forma, o subemprego gerando uma nova classe de “precariados”; 6) *Mix* de austeridade fiscal, privatizações, ausência de democracias via conselhos e excesso de burocracia formalista ocasionando uma desconstitucionalização e despublicização.

Portanto, o Governo do presidente FHC, em seus dois mandatos, priorizou o cumprimento da agenda neoliberal, sendo subserviente ao FMI, aumentando o desemprego, enfraquecendo a soberania nacional, privatizando bancos, telefonia, energia, petróleo, entre outros setores estratégicos prejudicando nossa formação como país autônomo e independente, advogando uma recolonização do Brasil.

Nos Governos FHC, o movimento social da esquerda democrática permaneceu, em seu maior tempo, na defensiva sem ter uma correlação de forças favorável para disputar a hegemonia pois estava passando por uma de suas maiores crises sem a referência socialista que tinha derruído a pouco tempo. Depois do movimento dos caras-pintadas, que conseguiu mobilizar parte importante do país para a derrubada de Collor, as lutas daí para frente foram pontuais em determinados momentos contra a ofensiva burguesa e sua contrarreforma do Estado como, por exemplo, nos casos das privatizações da Companhia Vale do Rio Doce e do sistema de telefonia, contrarreforma da previdência e trabalhista e também na histórica greve dos petroleiros de 1995.

Há uma polêmica entre ativistas e intelectuais da esquerda brasileira, como Stédile (2005), Benjamin e Gebrim (2005), sobre o início do fim do ascenso de lutas no Brasil. Para esclarecimento, o ascenso se dá quando um grande movimento se forma no Brasil por uma melhoria social e consegue sensibilizar e mobilizar praticamente todo o país, como aconteceu nas Diretas Já e no Fora Collor. A polêmica sobre o fim dos grandes ascensos no Brasil se dá, por um lado, por aqueles que defendem que o último ascenso antes da reorganização neoliberal

havia acontecido com as eleições de 1989, com a derrota de Lula e, por outro lado, por aqueles que defendem que a última grande luta social realizada no Brasil antes do advento neoliberal havia sido a greve dos petroleiros de 1995. Polêmicas à parte, a greve dos petroleiros conseguiu impactar o Governo FHC com uma mobilização de 32 dias, com a exigência da permanência do monopólio da Petrobrás e sua não privatização. Tal qual a Inglaterra de Thatcher, FHC reprimiu violentamente a greve dos petroleiros com uso até mesmo de tanques do Exército que invadiram refinarias contando com o apoio da grande mídia que tentava jogar a população contra os manifestantes. O saldo foi uma vitória parcial dos petroleiros que conseguiram apoio popular e a não privatização da Petrobras, apesar de não conseguirem manter o monopólio da Petrobras na extração e exploração do Petróleo.

Outro acontecimento importante da luta de classes no Brasil no período neoliberal de FHC foi a presença do MST que, de um movimento de defesa da Reforma Agrária, passou a movimento de aglutinação de uma parte considerável da esquerda apresentando para a sociedade um projeto popular para o Brasil que discutia economia, política, cultura, nos âmbitos urbano e rural. O MST foi um contraponto decisivo ao neoliberalismo por meio de suas ações como ocupações de propriedades improdutivas e prédios públicos, marchas, manifestações, audiências públicas, entre outras formas, sofrendo criminalização e massacres como o de Corumbiara, em 1995, em Rondônia e de Eldorado dos Carajás, em 1996, no Pará, para citar como a criminalização de movimentos sociais foi também a marca política do governo neoliberal de FHC.

O período neoliberal também impactou a recente Constituição do Brasil de 1988. Criada numa conjuntura diferente, em debates e encontros de variadas correntes ideológicas, a sua implementação se viu obstaculizada pelo pensamento único vigente, não sendo regulamentada uma série de artigos, principalmente os ditos “progressistas”, como a greve do setor público, as concessões de comunicação, a função social da propriedade, entre outros. Além disso, ainda foi considerada um documento “jurássico” e atrasado pois não estava interligada com a globalização econômica e com as “reformas que colocariam o Brasil na modernidade”, recebendo propostas de emenda para restringir ou retirar direitos dos aposentados via contrarreforma²⁴ previdenciária e dos servidores públicos por meio

²⁴ Usamos o termo contrarreforma (BEHRING, 2008) para os retrocessos sociais perpetrados pelos Governos que aplicam o ideário conservador em determinadas políticas como, por exemplo, a

do Plano Diretor da Reforma do Estado de Bresser Pereira (BEHRING, 2008) e a banalização do uso das medidas provisórias (MPs)²⁵ restringindo a democracia representativa constitucional.

Se a década de 1980 é considerada a década perdida, principalmente no campo econômico, a década de 1990, pode ser interpretada como duplamente perdida, pois além do processo de reorganização burguesa por meio da ofensiva neoliberal no campo econômico, no campo político os setores progressistas permaneceram na defensiva por não haver referência para um correto direcionamento tático e pela crise de valores que impôs o individualismo e a competição; diferente da década de 1980, que pode ser considerada ganha e proveitosa do ponto de vista social, com a redemocratização e o ascenso de cidadania dos movimentos sociais.

A seguir, analisamos o Movimento Sanitário brasileiro na conjuntura neoliberal e as políticas públicas de saúde que precisavam ser implementadas via SUS no Brasil.

1.2.3 As Políticas Públicas de Saúde no Contexto Neoliberal no Brasil dos anos 1990

A década de 1980 foi importante para o movimento sanitário nacional, pois, num ambiente de redemocratização com a junção de um polo democrático-popular de esquerda²⁶ e influência de ideias progressistas, logrou êxito a consolidação da construção dos objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Constituição de 1988.

contrarreforma trabalhista e previdenciária. O termo contrarreforma é uma resposta contra a ressemantificação e banalização do termo “reforma” pois este conceito (reforma) deve ser respeitado como de uso da tradição da esquerda, principalmente da II Internacional de Bernstein e Kautsky, que eram reformistas no sentido progressista, de luta por melhorias graduais dos trabalhadores. Mas o termo que melhor definiria os ataques do conservadorismo contra os direitos sociais seria “deforma”, já que não há nem reforma (que é um termo da esquerda) e nem contrarreforma (que seria uma dicotomia em relação à reforma) mas algo ainda mais grave, uma espécie de deformação das políticas sociais, ao tentar restringir ou até mesmo extinguir os direitos sociais e qualquer forma de desenvolvimento nos condicionantes e determinantes sociais. Portanto, o termo mais próximo dessa desconfiguração social seria “deforma”.

²⁵ Medida provisória é um instrumento que foi apresentado pelo relator de sistematização Bernardo Cabral, na Constituinte, como uma proposta a ser aprovada juntamente com o sistema parlamentarista. Este sistema perdeu no plenário e a medida provisória foi aprovada fazendo parte, de modo esdrúxulo, com o sistema presidencialista, causando a esquizofrenia jurídica do Executivo sobre o Legislativo enfraquecendo a independência e a harmonia entre as instituições da República.

²⁶ Polo formado por partidos e movimentos sociais reorganizados e criados no ambiente da redemocratização.

Na década posterior, de 1990, o movimento sanitário brasileiro teve outro grande desafio: colocar em prática o arcabouço progressista do SUS numa conjuntura adversa se comparável à década anterior, com a crise ideopolítica dos valores progressistas e de esquerda e o advento do neoliberalismo e suas políticas de ajuste, cortes, demissões e privatizações. O primeiro embate aconteceu durante o Governo Collor, este expressava a tensão dicotômica entre um projeto neoliberal-privatizante e o Movimento Sanitário com seu projeto estatizante de efetivação do SUS.

Era necessário a regulamentação dos artigos que diziam respeito à saúde pública da Constituição (arts. 196 a 200), que descreviam aspectos importantes para a política pública via SUS, tais como: universalidade, integralidade, gratuidade, relevância pública, descentralização, direção única, municipalização, entre outros. Em 19 de setembro de 1990, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Orgânica da Saúde (LOS), lei nº 8.080, que consolidava os princípios e diretrizes do SUS, ampliando a responsabilidade municipal na efetivação dos serviços, programas e projetos, na negociação entre setores, alocação de recursos e participação democrática via conselhos e conferências. (DOIMO; RODRIGUES, 2003).

Coerente com seu governo neoliberal de restrição democrática e social, o presidente Collor sancionou a lei orgânica da saúde com nove vetos que impactaram de forma direta as principais conquistas do movimento sanitário, como por exemplo: veto sobre o financiamento da saúde pelo Estado, em seus três níveis de Governo e pelo conjunto da sociedade; veto sobre a participação democrática da sociedade via conselhos paritários que fiscalizariam os recursos repassados; veto sobre a não extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, veto sobre o plano de carreira, de cargos e salários (PCCS) dos servidores do SUS, entre outros. O Governo Collor, com seus nove vetos à lei orgânica da saúde, demonstrava, de forma cabal, sua falta de sensibilidade referente às questões democráticas, tanto em relação ao sistema representativo (Congresso Nacional), quanto em relação à democracia direta (conselhos e conferências), não fomentando nenhuma iniciativa no sentido de consolidação dos instrumentos democráticos. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

O Movimento Sanitário, ainda coeso e influenciado pelo ascenso de lutas da década de 1980, se reorganizou e lutou conjuntamente pela aprovação dos pontos vetados pelo presidente Collor. Este, que havia subestimado o poder de organização

do Movimento, teve que recuar três meses depois e obrigado a sancionar a Lei Complementar nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, reestabelecendo, mesmo que parcialmente²⁷, o conteúdo que havia sido vetado.

Os vetos de Collor, representando a política neoliberal e, por outro lado, a recuperação de parte significativa do texto original da lei nº 8.080, de 1990, representando o projeto da Reforma Sanitária, originam no Brasil talvez o único exemplar conhecido de uma lei orgânica de uma determinada política social (em nosso caso, a saúde) que, na verdade, são duas leis. Apesar de alguns autores sanitaristas e do direito sanitário considerarem em seus escritos a Lei Orgânica da Saúde (LOS) como apenas a lei original 8.080/90, temos que considerar os vetos reacionários que a amputaram e toda a mobilização que conseguiu reestabelecer o texto original com a lei 8.142/90 e, por fim, concluir que a Lei Orgânica da Saúde (LOS) é composta por duas leis: a lei 8.080/90, que devia ser aprovada em toda sua integralidade e a lei 8.142/90, aprovada três meses depois, com a marca da resistência e mobilização em torno das bandeiras iniciais da Reforma Sanitária para ratificar os propósitos da lei 8.080, como a criação dos conselhos para a fiscalização dos recursos repassados pelos entes federados. (BRAVO, 2009).

No Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), os retrocessos sanitários continuam com uma proposta privatizante bem mais estruturada e com o apoio da grande mídia, cumprindo o papel de aparelho ideológico do Estado – AIE (ALTHUSSER, 2007) influenciando subjetivamente a consciência da população e até mesmo de representantes dos trabalhadores, como em sindicatos e associações, que deixam de lutar por uma política pública de saúde e começam a negociar planos privados para suas respectivas categorias.

O modelo implementado por Bresser Pereira, como ideólogo do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) e partícipe do Consenso de Washington e do Banco Mundial²⁸ era fomentar a privatização da saúde com medidas como a focalização individualizante, desestruturação estrutural dos serviços de saúde, como corte de gastos, terceirização de funcionários e de serviços, capitalização das

²⁷ O Plano de Carreiras, Cargos e Salários – PCCS, por exemplo, não foi regulamentado, representando um retrocesso considerável frente ao Movimento Sanitário.

²⁸ O Banco Mundial produziu dois documentos basilares para a década de 1990, com o propósito de frear o SUS e acelerar a privatização do setor: “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, de 1991 e que teve pouca influência decorrente da turbulenta conjuntura do Governo Collor e “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, de 1995, este sim de grande influência no Governo FHC. (RIZZOTTO, 2012).

empresas multinacionais do setor via planos privados de saúde. Enfim, o principal objetivo do Governo FHC era restringir e até mesmo extinguir o Sistema Único de Saúde (SUS) obstaculizando as conquistas do Movimento Sanitário elencadas na Constituição de 1988, priorizando a mercantilização do direito à saúde.

Segundo Gouveia e Palma (1999) as práticas neoliberais na saúde são contrárias a princípios como os da universalidade, ao centrar ações focalizadas oferecendo uma saúde pobre para os pobres; contra a integralidade, ao priorizar a atenção básica de saúde, uma espécie de “cesta básica” para o básico sanitário; contra a igualdade, ao separar os que têm condições de pagar pelo atendimento e até mesmo “influência” para “furar fila” nas consultas, implementando a porta de entrada e a porta dos fundos nos hospitais (fenômeno da “dupla porta”); e contra o controle público via conselhos e conferências populares sendo subsumido nas regras privadas do mercado, com apoio de agências reguladoras flexíveis ao *lobby* privatista.

Algumas iniciativas foram cruciais para a tentativa da ratificação do projeto neoliberal da saúde pública no Governo FHC: a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), as Organizações Sociais (OS's) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); e o Programa Saúde da Família (PSF), conjuntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A NOB/96 defende uma mudança no modelo de atenção à saúde, priorizando as ações sanitárias a partir da comunidade e, principalmente, tendo como foco a família, sem realçar as desigualdades sociais e o abismo que separa as classes mais abastadas das classes sociais mais pauperizadas, embutindo uma característica pós-moderna²⁹ na política pública de saúde, contrária às noções dos condicionantes e determinantes que influenciam o aspecto sanitário das populações, interpretando formalmente as condições epidemiológicas.

As Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) foram implementadas formalmente pelas leis nº 9.637/98 e 9.790/99 e fazem parte de uma nova forma de gestão sanitária, seguindo as diretrizes do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), instrumento basilar do

²⁹ Pós-moderno aqui no sentido de relativizar a questão social no âmbito sanitário, negando-se a considerar as classes sociais e os aspectos políticos, econômicos e sociais que caracterizam a conjuntura sanitária do período.

neoliberalismo da década de 1990 no Brasil, com o intuito de transferir para as mãos da iniciativa privada o serviço público de saúde. (GRANEMANN, 2013).

Tanto as OSs quanto as OSCIPs podem contratar funcionários sem a obrigatoriedade de realização de concursos públicos, não necessitando de licitação para adquirir bens e serviços e sem prestar contas a órgãos de controle internos e externos, num retrocesso explícito não somente a todas as conquistas do Projeto da Reforma Sanitária como também ao Estado Democrático e Social de Direito. Além disso, as OSs terão seu financiamento bancado pelo Estado numa transferência do fundo público para a administração privada, o que resulta num flerte constante com corrupção e desvio de verbas.

Desta forma, com a implementação das OSs e OSCIPs no campo da política sanitária, houve uma violação constitucional pró-neoliberalismo no Brasil, pois o sistema privado só poderia atuar na saúde de forma complementar, conforme art. 199 da Constituição, o que não ocorre com a interação da gestão administrativa das fundações privadas no âmbito que antes era de alçada pública e até podendo fomentar a concorrência entre as organizações, com base na relação custo-benefício. Além disso, também houve uma espécie de “insinceridade constitucional” (BARROSO, 2013) ao passar por cima do art. 197 da mesma Carta Política que defende a saúde como um serviço muito mais do que público, mas de relevância pública (WEICHERT, 2005), ocasionando, neste caso específico, uma insegurança jurídica, já que normas constitucionais não estão sendo obedecidas pelos agentes públicos, num explícito retrocesso social.

Por último, analisa-se o Programa Saúde da Família (PSF), juntamente com o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). Tais programas iniciam no Brasil o caminho desenhado pelo Banco Mundial e pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) no intuito de focalizar a saúde em comunidades carentes e necessitadas de um mínimo de estrutura, com foco no atendimento à família. Uma análise mais progressista permitiria concluir que o PSF estava integrado com o princípio da universalidade do SUS, já que a saúde como “direito de todos e dever do Estado” estava umbilicalmente ligada à questão da integralidade e da igualdade. Integralidade no sentido de propiciar tanto o aspecto preventivo quanto o curativo prioritariamente para a população que mais necessitava de atendimento, sem olvidar de toda a população que procurasse o serviço via SUS; e igualdade no sentido

material e aristotélico³⁰ do termo no sentido de “tratar desigualmente os desiguais”. (BOBBIO, 2004).

Rizzotto (2012) e Bravo (2012) destacam que além da conjuntura neoliberal ter propiciado o avanço dos cortes de investimento, caracterizando um subfinanciamento da saúde, precarização dos contratos de funcionários e servidores, inclusive um propósito velado de impactar destrutivamente as obras do complexo médico-hospitalar, sucateando-os para respaldar a transferência para o complexo médico-industrial privado; outra ação importante do período é que, com a abertura econômica neoliberal, as grandes empresas transnacionais do ramo (medicamentos, agrotóxicos, planos de saúde) observam que, no Brasil, o potencial para que a denominada classe média aderisse ao sistema privatista era grande, conforme o aumento nos gastos da saúde realizados pela família³¹.

Finalizamos a análise sobre as políticas públicas de saúde na década de 1990 pontuando alguns aspectos do movimento sanitário deste período. Com o projeto da Reforma Sanitária sendo atacado por várias frentes nos governos neoliberais (parlamento, executivo, grande mídia), só restou ao movimento sanitário uma postura defensiva de tentar preservar as conquistas e vitórias da Constituição, como os princípios, objetivos e diretrizes do SUS.

No início da década o movimento conseguiu enfrentar as restrições e retrocessos do Governo Collor, tendo uma postura de defesa do SUS ao longo do Governo FHC. Os núcleos de defesa foram os Conselhos e Conferências da Saúde, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que conseguem manter parte do projeto sanitário progressista, mas, ao final do Governo FHC, o movimento já estava bem enfraquecido, tendo se dispersado em defesas corporativas de determinadas e específicas causas sanitárias, não conseguindo unificar em uma única bandeira de luta. O CEBES passou à margem do processo, não conseguindo mobilizar militância em um momento de refluxo como os anos 1990, refletindo em análises pós-modernas ante à subestimatização e estigmatização da teoria marxista. (BRAVO, 2009).

³⁰ A igualdade material proposta por Aristóteles na obra “Ética a Nicômacos” referia-se a dar mais a quem mais necessitava, realizando uma distribuição proporcional com base em critérios como renda, prejuízo, dificuldades enfrentadas etc. O exemplo que ele cita é a distribuição de arroz para a população depois de uma tempestade que arrasou a colheita. (ARISTÓTELES, 2000).

³¹ Vemos a seguir, quando analisamos os Governos do PT e a saúde nos anos 2000, que o debate sobre “a nova classe média” e seus gastos na saúde está bem atualizado.

Depois desse contexto neoliberal no Brasil, dar-se-á início à análise dos Governos do Partido dos Trabalhadores (Governos Lula e Dilma), quando os artífices da Reforma Sanitária, que estavam na trincheira defensiva nos anos neoliberais, tomaram à frente nos ambientes institucionais de primeiro escalão do governo. Será que houve um avanço ou um retrocesso nas políticas de saúde com um governo capitaneado pelo partido que representava a contra-hegemonia política no país? As políticas neoliberais continuaram a ser implementadas por Governos considerados progressistas e alinhados ao Movimento Sanitário?

1.3 A Análise Política, Econômica e Social dos anos 2000: Consolidando o Neoliberalismo?

Nos anos 2000 o neoliberalismo perde força tanto como ideologia quanto como política. No campo da ideologia seus principais teóricos entram num processo de crise com análises díspares, como as críticas à continuidade do arrocho do plano real e à submissão total ao Consenso de Washington, sustentadas ora por ministros do Governo FHC, como Ciro Gomes (2002) - que depois veio a rachar com o Governo - e Mendonça de Barros (2002), ora por intelectuais, como Bresser Pereira (2004), que inicia um processo de transição oportunista ao declarar a falência do neoliberalismo e iniciar uma sistematização sobre o que denomina de “novo-desenvolvimentismo”³², uma espécie de terceira via ideológica³³.

No aspecto político o neoliberalismo no Brasil fracassa, conseguindo vencer a inflação galopante pagando um alto preço social: desemprego de dois dígitos em várias capitais do país, aumento da desigualdade social sem crescimento distributivo, apresentação de pouquíssimos programas de transferência de renda sem melhoria dos serviços públicos, criminalização dos movimentos sociais com poucos espaços de representação de democracia direta, além de crises econômicas com alta dívida e subserviência ao Fundo Monetário Internacional (FMI).³⁴

³² Sobre o tema, a Revista Serviço Social e Sociedade nº112, de outubro/dezembro de 2012 reproduziu uma série de artigos de intelectuais como Castelo, Gonçalves, Sampaio Jr e Almeida. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0101-662820120004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 de junho de 2014.

³³ A crise ideológica do neoliberalismo brasileiro foi tão grave que seus candidatos nas três eleições presidenciais seguintes – 2002, 2006 e 2010 – escondiam e até mesmo negavam o Governo FHC.

³⁴ Esse desgaste promovido pelo neoliberalismo, principalmente por meio do seu mais duradouro e sofisticado governo – FHC – levaria, depois, a servir de justificativa para a ausência de reformas estruturais para os adeptos do governo do Partido dos Trabalhadores, principalmente no início do Governo Lula, que classificaria o governo anterior como uma “herança maldita”.

Com conjuntura favorável, nas eleições de 2002, o eterno candidato da oposição, Luiz Inácio Lula da Silva, numa frente com o empresário José de Alencar³⁵, chegaria à presidência pela primeira vez, enfim, a esquerda brasileira conseguiu cumprir a meta-síntese (BENJAMIN *et al*, 1998) tão esperada: “Lula estava lá”, onde o campo da esquerda democrático-popular poderia tentar direcionar o Estado para uma inflexão mais progressista construindo um Governo que, em tese, implementaria as reformas estruturais e um novo marco ético de fazer política, tal qual o denominado “modo petista de governar”. (GENRO, 2013).

No primeiro mandato, o Governo Lula aplicou medidas que frustraram toda uma geração de lutadores sociais que construíram a cultura política de contestação e contra-hegemonia no Brasil. Já em 2002, no meio das eleições, o PT lançou a “Carta ao povo brasileiro”, na qual garantia a segurança jurídica para as grandes multinacionais e, principalmente, a preservação do tripé da subordinação: metas de inflação, câmbio flutuante e superávit primário baseado em altas taxas de juros. Seguindo esse retrocesso, o primeiro Governo Lula foi marcado pela priorização das políticas neoliberais, com arrocho fiscal, mínima atuação do Estado na efetivação de políticas públicas e sociais e postos estratégicos de comando sob o domínio de representantes do capital financeiro internacional, como a presidência do Banco Central, o Ministério da Fazenda e o Tesouro Nacional. (GONÇALVES, 2013).

Mas, sem sombra de dúvidas, o principal golpe no projeto da esquerda democrática foi a contrarreforma ou deforma³⁶ da previdência de 2003, que ocasionou na continuação das deformações dos governos neoliberais, ocasionando graves perdas aos aposentados, que eram considerados expressivos apoiadores do PT, além de provocar uma ruptura em parte importante de militantes petistas, expressa na saída do partido de parlamentares como a senadora Heloísa Helena e os deputados federais Babá e Luciana Genro para a formação de um outro partido de esquerda, que defendia o programa original do PT³⁷, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL)³⁸. (GRANEMANN, 2013; POMPEO, 2007).

³⁵ Síntese da conciliação entre capital-trabalho.

³⁶ Como afirmamos na nota de rodapé nº 24, “o termo que melhor definiria os ataques do conservadorismo contra os direitos sociais seria “deforma”, já que não há nem reforma (que é um termo da esquerda) e nem contrarreforma (que seria uma dicotomia em relação à reforma) mas algo ainda mais grave, uma espécie de **deformação** das políticas sociais, ao tentar restringir ou até mesmo extinguir os direitos sociais e qualquer forma de desenvolvimento nos condicionantes e determinantes sociais. Portanto, o termo mais próximo dessa desconfiguração social seria “deforma”.

³⁷ Programa original do PT representado pelo Projeto Democrático Popular aprovado em 1987, no 5º Encontro Nacional do PT que serviu de referência nas eleições presidenciais de 1989, por meio da

As iniciativas progressistas do primeiro Governo Lula se resumiam à derrubada da Área de Livre Comércio das Américas (ALCA), mesmo assim por pressão dos ativistas que organizaram até mesmo um plebiscito não oficial contrário à ALCA, o início da inflexão da política externa para o eixo Sul-Sul³⁹ e a tentativa de uma nova engenharia institucional com a criação do Ministério das Cidades (2003), do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2004) e secretarias específicas com *status* de Ministério para as políticas de mulheres, negros, direitos humanos, com o fomento à participação via conselhos e conferências numa iniciativa de rearranjo administrativo de conciliação entre movimentos sociais contestatórios e progressistas e a governabilidade burocrática.

O caso mais dramático do primeiro Governo Lula foi o denominado “mensalão”, no ano de 2005, uma espécie de compra de parlamentares para aprovação dos projetos do Governo e que surpreendeu os ativistas honestos que confiavam no considerado único partido da ética e de moral inatacável. O desdobramento desse fato colocou o primeiro governo liderado por um operário em uma grande defensiva, paralisando qualquer tipo de ação e também demonstrando ao Brasil uma reorganização da direita neoliberal que alardeou, em alguns momentos, a possibilidade de *impeachment* de Lula, fato que não se concretizou pela organização dos movimentos e organizações da base do Governo. (GUIMARÃES, 2006).

Há uma polêmica se o Governo Lula teria uma correlação de forças favorável à mudanças à esquerda no primeiro mandato (2003-2006). Por um lado, defende-se (BENJAMIN, 2004) que, quando da posse de Lula, os movimentos sociais do programa da esquerda democrática estavam ativos e preparados para o enfrentamento com o conservadorismo neoliberal. O MST, a UNE e a CUT, organizações surgidas (MST e CUT) ou reorganizadas (UNE) no ascenso de massas da década de 1980 formavam um entorno protetivo e de alto poder de formação de opinião favorável às ações no campo das reformas estruturais no Brasil, capitaneadas por Lula e pelo PT.

Frente Brasil Popular, composta pelo Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Comunista do Brasil (PC do B) e pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), com o lema Sem Medo de Ser Feliz.

³⁸ Também houve um ato de desfiliação de parte da militância petista promovido no Fórum Social Mundial (FSM), em Porto Alegre, em 2003, liderado por Plínio de Arruda Sampaio Júnior.

³⁹ Coordenada por intelectuais orgânicos do PT ou próximos ao partido, como Marco Aurélio Garcia, Celso Amorim e Samuel Pinheiro Guimarães.

Por outro lado, argumenta-se (SADER, 2013) que os movimentos sociais do campo da esquerda estavam fragmentados, isolados e na defensiva por questões problemáticas da conjuntura brasileira e internacional, como a queda do muro de Berlim, a ofensiva da reação burguesa e do neoliberalismo durante uma década no Brasil e o incentivo ao individualismo, atomismo e ao voluntarismo, com a expansão de Organizações Não-Governamentais (ONG's), enfraquecendo qualquer tipo de ação do campo contra-hegemônico. (PETRAS; VELTMEYER 2001). Seria a hora de “arrumar a casa”, formar um governo de composição de classes, de representantes do MST até ruralistas e banqueiros para, a partir da conciliação, flexionar o governo para ações pontuais em prol da população, como o Programa Fome Zero, vitrine dos primeiros anos de governo.

No bojo dessa análise recuada, que saiu vitoriosa no campo interno do Governo e para dar uma resposta à crise deflagrada pelo “mensalão”, Lula colocou em prática uma guinada para a priorização das políticas sociais focalizadas, sem alterar a estrutura e o posicionamento das classes sociais nos meios de produção e sem quebrar os grandes lucros do capital financeiro internacional, ou seja, mantendo a ordem estabelecida. Suas políticas, ao final de seu primeiro mandato, não eram somente as de transferência de renda, mas também o início da valorização do salário mínimo, o crescimento do emprego formal e o instrumento do crédito consignado para o consumo do mercado interno (CORRÊA; SIMIONI, 2011), o que favorecia não somente o proletariado mas, principalmente, o subproletariado. (SINGER, 2012), sem alterar, de forma substancial, o projeto neoliberal no Brasil.

Tais ações colocam Lula novamente em posição ofensiva nas eleições de 2006. Na análise de Singer (2012), as políticas implementadas no final do primeiro Governo Lula possibilitam ao candidato do PT, pela primeira vez desde 1989, o maciço voto do subproletariado⁴⁰ – formado por aqueles que estão fora das entidades sindicais e formais de trabalho, precarizados, nos grotões do país, que não tem quem explore sua força de trabalho – que atribuía ao presidente as políticas sociais focalizadas com a correspondente melhoria de suas vidas, mas mais ainda, num contexto de manutenção da ordem e sem crises e caos social, características

⁴⁰ De acordo com os dados apresentados por Singer (2012), os subproletariados votavam em sua grande maioria no candidato da manutenção do *status quo*, desde a eleição de 1989, ou pelo temor de um caos social produzido pelo PT e seu sindicalismo de greves e piquetes, ou por pequenas melhorias dentro da ordem, como no caso do controle inflacionário de FHC. O candidato do PT só atraiu os votos do subproletariado quando aderiu às melhorias sociais focalizadas por meio de transferência de renda sem perturbar a ordem.

conjunturais que, segundo Singer (2012), permitiram a confiança, pela primeira vez, desse numeroso segmento em prol de Lula e do Partido dos Trabalhadores, garantindo sua vitória contra o conservadorismo clássico representado pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

No segundo mandato (2007-2010), a marca do Governo Lula é o impulso a uma nova espécie de desenvolvimentismo, acoplada no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) que incentiva novas obras por meio de concessões ao oligopólio do capital industrial e financeiro via Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), possuidor de uma carteira de investimentos maior do que o Banco Mundial, inserindo uma política econômica anticíclica com base no capitalismo sem risco para as empresas, já que financiado pelo Estado brasileiro, ou seja, pelo fundo público. (SALVADOR, 2010).

Também há o aprofundamento da plataforma de valorização do capital financeiro internacional ao manter o tripé da economia neoliberal e incentivo à exportação de commodities, com ênfase na reprimarização da economia (PAULANI, 2008). Sader e Garcia (2010) explanam que o segundo Governo Lula aprofunda as conquistas das políticas sociais ao universalizar o Programa Bolsa Família, com transferência de renda e condicionantes às famílias beneficiadas, como vacinação e presença escolar em dia; valorização e aumento acima da inflação do salário mínimo, incentivo ao mercado consumidor interno por meio do crédito consignado que, segundo Sampaio Jr (2012), aumentava o endividamento das famílias brasileiras.

Ainda há a polêmica em torno da criação de uma nova classe média. Para Neri (2010), os incentivos anticíclicos promovidos pela economia política do Governo Lula fizeram do Brasil um país de classe média, com milhões de pobres passando a essa condição, na afirmação de Neri (2010) trata-se do “lado brilhante dos pobres”. Pomar (2012) e Pochmann (2012) discordam da formação de uma nova classe média no Brasil por três motivos: 1) não é nova pois a classe média continua a fazer parte dos estratos dos setores que atuam principalmente na superestrutura do Estado, como funcionários públicos, intelectuais, advogados, médicos etc; 2) não é classe, pois o conceito de classe social não se mede puramente pela renda mas, principalmente, pelo lugar que se apresenta e atua nos meios de produção e; 3) não é média pois o aumento de ocupações formais se deu prioritariamente nos setores com remuneração próxima ao salário mínimo (94% do trabalho criado entre 2004 e

2010), portanto, são trabalhadores da base da pirâmide social que estão bem distantes dos setores médios de nossa sociedade.

As linhas de atuação política e econômica do segundo Governo Lula fazem despertar na academia, nos movimentos sociais e na gestão pública novos debates em torno da caracterização do Governo. Intelectuais, ativistas e gestores simpáticos ou integrantes do Governo, como Pochmann (2010), Sader *et al.*(2013), Mercadante (2010), Dulci (2013) e Sicsú (2013) confirmam a tese de que o Governo aplica um receituário pós-neoliberal e neodesenvolvimentista baseado nas seguintes características: 1) ao mesmo tempo em que permanece o tripé da economia neoliberal – câmbio flutuante, metas de inflação, superávit primário, também intensifica-se o tripé progressista da esquerda democrática: valorização do salário mínimo e aumento do emprego formal, programas de transferência de renda e aumento de consumo no mercado interno via crédito consignado; 2) aumento da intervenção do Estado na economia via fortalecimento da carteira de bancos públicos e incremento na seguridade social via políticas focalizadas; e, por último, o mais importante e inédito na história brasileira, segundo os defensores do Governo: 3) crescimento econômico com diminuição da desigualdade social, pois antes crescia-se o bolo mas não o dividia, fato que agora não acontece. Portanto, para esses estudiosos, o Governo Lula, com essas medidas, enfrentava o neoliberalismo se caracterizando como um governo pós-neoliberal ou neodesenvolvimentista.

Para os críticos da tese anterior, tais como Gonçalves (2013), Arruda Jr. (2012), e Arcary (2012), os Governos Lula e do Partido dos Trabalhadores não se consolidaram como governos progressistas e de esquerda, mas sim como uma continuação do neoliberalismo e, de modo mais trágico na consciência da população, pois as ações de viés conservador saíam das mãos de um representante legítimo das classes populares que havia construído o partido político de esquerda mais importante das Américas. As principais teses de discordância do Governo são: 1) ampla composição com setores conservadores, como ruralistas, capital financeiro internacional e extrativistas, representados por donos de fazenda de trabalho escravo, coronéis e membros do rentismo; 2) continuação das privatizações, como os leilões dos campos de petróleo; 3) reprimarização e desindustrialização da economia, caracterizando um “desenvolvimentismo às avessas” (GONÇALVES, 2013); 4) universalização da focalização das políticas sociais, com o agravante das desonerações e isenções ao mercado privado da educação, saúde e assistência; 5)

continuação do receituário do Consenso de Washington via controle inflacionário, câmbio flutuante, arrocho fiscal, superávit primário e altas taxas de juros e 6) mínima alteração nas desigualdades socioeconômicas intraclasses quanto a renda e mercado de trabalho, distribuição funcional da renda e desigualdades tributárias (SALVADOR; AMORIM, 2010). Tais características, para os autores desse campo de análise, afirmam que os Governos de Lula foram neoliberais, até mesmo na questão social, pois as políticas de transferência de renda estão no programa dos organismos internacionais favoráveis ao neoliberalismo, como o Banco Mundial e o FMI.

Com a polêmica sobre a denominação de seu governo ainda viva, Lula saiu do mandato com aprovação recorde e elegeu sua sucessora, a ex-ministra de Minas e Energia, Dilma Rousseff, que se transformou na primeira mulher presidente do Brasil. O Governo Dilma está sendo marcado pela continuidade do Governo Lula, com todas as suas contradições e ambiguidades, mas rebaixando ainda mais as expectativas daqueles que acreditavam num governo de viés progressista, pois há perda no cenário internacional em relação ao protagonismo do país na política externa, não lembrando em nada a influência internacional do Governo Lula; radicalização das privatizações, como no caso das concessões de rodovias e ferrovias e no campo de Libra da área do pré-sal; tecnicismo burocrático excessivo, sem ouvir as demandas dos movimentos sociais e insensibilidade com os atingidos pelos impactos das obras de preparação para a Copa do Mundo, que tem aumentado os problemas urbanos referentes à mobilidade, moradia, terra e violência.

O fato mais importante durante o Governo Dilma foram as manifestações de junho de 2013 em que milhões de pessoas saíram às ruas de várias cidades do país, em plena Copa das Confederações de futebol, para protestar por melhorias no transporte urbano, na saúde e educação públicas, por maior combate à corrupção e contra a realização dos megaeventos no Brasil por onerar os cofres públicos. Assim como as Diretas Já, na década de 1980 e no Fora Collor, no início da década de 1990, tal movimento pode ser considerado um ascenso de cidadania, não por ter o mesmo perfil ideológico, mas por mobilizar considerável contingente de pessoas influenciando as ações dos agentes públicos nos três poderes da República.

Há diversas análises sobre os acontecimentos de junho de 2013, dentre essas, destacamos duas relevantes. A primeira avalia que as manifestações foram

originadas de modo espontâneo, sem organização e preparo prévio (CASTELL, 2012); a segunda avalia que foram frutos de condições objetivas que tiveram como ponto crucial greves e protestos isolados mas organizados por movimentos consolidados, que teriam influência decisiva no preparo da revolta. (ANTUNES;BRAGA, 2013).

Na primeira análise, as manifestações de junho se caracterizaram pela sua horizontalidade, uma espécie de rede (CASTELL, 2012), não passando por instrumentos tradicionais de lutas, como partidos, sindicatos, movimentos, não formando uma liderança capaz de aglutinar as reivindicações em um programa mínimo. Tais manifestações se assemelharam às manifestações de contestação que ocorreram nos Estado Unidos, como o “Occupy Wall Street”, na Espanha, com os “Indignados da Puerta del Sol”, em Portugal, com a “Geração à Rasca” e na Grécia, com a ocupação da praça Syntagma. (HARVEY *et al.*).

Para Antunes e Braga (2013) a análise seria diferente, pois já havia um incômodo com a situação conjuntural brasileira nos anos anteriores de 2011 e 2012, com greves e paralisações nas grandes obras do PAC e Copa do Mundo, o que é ratificado por dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) destacando que o número de horas paradas em 2012 foi 75% superior ao de 2011, somente ficando atrás dos anos de 1989 e 1990 – quando se findava o ascenso de lutas no Brasil.

Ainda é cedo para avaliarmos o rumo das manifestações ocorridas no Brasil mas podemos afirmar que a referência dos jovens no Partido dos Trabalhadores não existe mais da mesma forma como já existiu. O PT, de partido de contestação e defensor do socialismo democrático passou a partido da ordem e manutenção da “modernização conservadora” (MOORE JR, 1975). Como relatou Singer (2012), o PT nasceu com a alma do Sion (reformismo radical) e hoje está se apresentando com a alma do Anhembi (vendido à *realpolitik*) e, contrariando seu número (13), atua principalmente nos anos pares, anos eleitorais, deixando as reformas estruturais para um eterno depois (POMAR, 2012). O PT ainda vencerá muitas eleições pois carrega dentro de si, de forma resignada e pacífica, a denominada “síndrome do Flamengo” em que, segundo Reis (2000), a maior parte da população continuará votando de forma desideologizada, difusa e, até mesmo, afetiva, como na torcida de um clube de futebol de massas, mas nunca por motivos ideológicos de mudança estrutural de enfrentamento à ordem.

1.3.1 As Políticas Públicas de Saúde nos Governos Lula e Dilma

Havia muita expectativa em relação aos Governos do Partido dos Trabalhadores sobre as políticas públicas de saúde no Brasil. Várias análises sobre a possível retomada do projeto original da Reforma Sanitária foram realizadas, pois o setorial de saúde do PT era formado por alguns construtores do Movimento Sanitário, que intercalavam sua militância com instituições históricas como o Cebes e a Abrasco.

A disputa que se deu pós-Constituição no Brasil foi sobre dois projetos sanitários, o primeiro em defesa dos princípios, diretrizes e objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e o segundo em defesa da privatização via transformação do espaço de atuação complementar/suplementar da saúde em prioritário, desconstruindo os alicerces da Reforma Sanitária.

Tal qual as análises políticas e econômicas dos Governos do PT, cheias de embates e tentativas de caracterização, na saúde não poderia ser diferente. Alguns intelectuais, como Menicucci (2011) e Costa (2013) defendem como avançada a política sanitária, principalmente se levarmos em consideração os condicionantes da saúde e não somente o aspecto endógeno, apesar de tecerem críticas pontuais. E outros intelectuais, como Bravo (2009), defendem que houve um retrocesso sanitário com o transformismo (GRAMSCI, 1976) e a crise de direção, com a consequente burocratização do PT, refletindo diretamente nos retrocessos sanitários.

Menicucci (2011) e Costa (2013) elencam as principais ações no campo da saúde, nos dois Governos Lula. No primeiro mandato as autoras destacam as seguintes iniciativas e proposições: a Política de Saúde Bucal via Programa Brasil Sorridente, que Menicucci (2011) destaca como inédita e aprofundada em seu nível de expansão já que, entre 2002 e 2006 as equipes de saúde bucal dão um salto quantitativo de 4.260 para 14.244, atendendo quase 70 milhões de pessoas em grotões do Brasil; sobre esse fato parece que a autora acredita na lei da dialética da transformação da quantidade em qualidade, pois sublinha como um avanço complementar dessa política a instalação de aproximadamente 500 centros de especialidades e laboratórios regionais de próteses dentárias. Menicucci (2011) e Costa (2013) também sublinham o atendimento pré-hospitalar móvel via Política de Atenção às Urgências e Emergências por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Programa Farmácia Popular, que permite um desconto de até

90% dos medicamentos por meio do subsídio governamental, favorecendo principalmente os idosos, que são os maiores consumidores de medicamentos.

Menicucci (2011) também destaca a valorização da atenção básica de saúde, sem tecer nenhuma crítica, pelo contrário, flertando com as determinações do Banco Mundial sobre “universalismo básico” ⁴¹ ao defender veladamente a focalização da atuação sanitária pelo Estado brasileiro ao elencar um aumento de 57% do número de equipes de saúde, aumento de recursos do Piso de Atenção Básica, que passou de R\$ 10,00 (valor estancado desde 1988) para R\$ 15,00 e construção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entrando num novo rumo da Reforma Psiquiátrica.

Há também avanços, segundo as autoras, na questão dos medicamentos, com a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED), o aprofundamento da política de medicamentos genéricos e a realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. (MENICUCCI, 2011; COSTA, 2013).

No segundo mandato do Governo Lula, afinado com as discussões sobre o denominado “neodesenvolvimentismo”, Costa (2013) afirma que o Governo entra numa nova política de saúde baseada numa espécie de “neodesenvolvimentismo sanitário”, com ênfase no incentivo via subsídios e desonerações do complexo médico-hospitalar, com o argumento de que a saúde movimenta consideráveis 8% do Produto Interno Bruto (PIB). O Governo, ciente da importância dessa política, cria, no ano de 2007, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde, intitulado oficialmente de Programa Mais Saúde, com o intuito de movimentar a economia sanitária, baseado no emprego e renda e até na construção de empresas públicas, como a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), com a liderança do Ministério da Saúde, que estava sendo comandado por um quadro do Movimento Sanitário da década de 1980, o ministro Temporão.

Além do PAC da saúde, há a continuação da prioridade em torno da expansão da estratégia Saúde da Família, segundo Menicucci (2011) foram criadas 2.500 novas equipes de saúde da família entre os anos de 2007 e 2008 e, para

⁴¹ A autora defende o ponto de vista de Filgueira *et al.* (2006, P.17) em documento elaborado para o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID): “El universalismo básico es un concepto que se implementa gradual y progresivamente en cada país, con redefiniciones sistemáticas del conjunto de las prestaciones básicas así como del alcance de cada una de ellas, que permiten ir asegurando, a través del tiempo, el cumplimiento de sus objetivos y fines”.

melhorar a estrutura da equipe o Governo lançou mão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's), como apoio às Equipes de Saúde da Família (ESF).

Por fim, na linha governista de apoio crítico (mais apoio do que crítica), Menicucci (2011) e Costa (2013) consideram que os principais avanços da política de saúde do Governo Lula foram as melhorias das condicionantes e determinantes da saúde com a série de programas de transferência de renda com suas contrapartidas e valorização do salário mínimo, além de aumento do mercado formal de trabalho, que contribuíram para a diminuição da mortalidade infantil e melhorias em vários indicadores epidemiológicos da saúde, como segurança alimentar e renda.

As críticas às análises proferidas pelas autoras próximas ao Governo são melhores condensadas por Bravo (2009), Batista Jr. (2010), Bahia e Scheffer (2013) que destacam a construção de uma defoma sanitária do Governo Lula, ao continuar com a política neoliberal no campo da saúde, priorizando o privatismo sanitário, com ações focalizadas, seguindo os padrões de organismos internacionais e incentivando o mercado de planos privados de saúde, com a apresentação de uma baixa regulação realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁴² e pouca valorização das discussões e resoluções dos conselhos (principalmente o Conselho Nacional de Saúde – CNS) e as conferências realizadas.

Os Governos do PT continuam priorizando uma saúde pública focalizada, principalmente para o segmento mais pobre da sociedade. Este segmento que faz uso do SUS, apesar de relevante em termos quantitativos (73% da população brasileira utiliza, exclusivamente, o SUS), não está organizado em instituições, movimentos ou sindicatos formalizados onde possam expressar suas reivindicações e denúncias, transformando-se num ato fragmentado e disperso, não influenciando as políticas sanitárias do Governo.

Para agravar essa situação, os sindicatos de categorias profissionais influentes (professores, bancários, metalúrgicos etc) não estão lutando mais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), negociando com o patronato a filiação aos melhores planos privados de saúde, assim também ocorre com os gestores públicos (até com os que trabalham no setor saúde), enfraquecendo ainda mais a luta pela permanência da efetivação do SUS. Um caso como o do sociólogo Florestan

⁴² Hoje a ANS está capturada pelo setor privado da saúde, pois dois ex-executivos de planos de saúde de grandes operadoras foram nomeados diretores da ANS.

Fernandes - que poderia ser tratado em qualquer hospital de alto nível do mundo, por ser condecorado com a Ordem do Rio Branco – que preferiu entrar na fila do hospital público para se tratar, por uma questão ideológica e de ética em defesa do público, dificilmente ocorrerá hoje em dia, basta ver onde vão se tratar os principais mandatários do país, inclusive os grandes quadros da esquerda brasileira. (CERQUEIRA, 2004).

Também há o aprofundamento da implantação de uma gestão gerencial, a *la Bresser*, com a continuação do subsídio por meio do fundo público das OSs e OSCIPs, com criação de mais Fundações e a completa privatização dos hospitais universitários sob administração da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSRH), ferindo a Constituição, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e, especificamente, a autonomia universitária. Tal processo está sendo contestado por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) que está tramitando no Supremo Tribunal Federal (STF)⁴³. Essas concessões e permissões afrontam também a estabilidade e a melhoria das condições de trabalho dos recursos humanos do SUS, aumentando a precarização e a terceirização. (BRAVO, 2009).

Outro retrocesso social em relação às políticas públicas de saúde no Brasil, especificamente em relação ao (sub) financiamento⁴⁴ foi aprofundado pelos Governos do PT. Com a extinção da CPMF em 2007, o Governo e o Movimento Sanitário reiniciaram a discussão sobre a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29/2000 que assegurava a participação dos três níveis de Governo no financiamento do SUS a partir da definição de um percentual mínimo de recursos por ano.

A regulamentação realizada no início de 2012 consolidou os investimentos da União, Estados e Municípios. Os Estados continuam obrigados a investir, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos, enquanto os Municípios, 15%. O Distrito Federal investirá de 12 a 15%, conforme a classificação da fonte da receita em estadual ou distrital. Mas a maior frustração do Movimento Sanitário em torno dessa regulamentação foi o veto presidencial aos 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União, o que dificulta a consolidação do financiamento público da saúde universal e integral de acordo com nossa Constituição.

⁴³ No próximo capítulo (capítulo 2) analisamos detalhadamente o retrocesso sanitário representado pela EBSEH.

⁴⁴ No último capítulo da dissertação (capítulo 3) detalhamos o histórico do subfinanciamento da política pública de saúde em nosso país.

Destacamos também que o Brasil – de acordo com dados de várias instituições e organismos – é o único país do mundo de sistema universal onde os investimentos privados superam os investimentos públicos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2009) estimam que o investimento em saúde (tanto público quanto privado) é de aproximadamente 8,4% do Produto Interno Bruto (PIB), ficando abaixo dos Estados Unidos que investem 15%, mas mais próximo dos países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que possuem sistema universal como Inglaterra (8,4%), Espanha (8,5%), Austrália (8,98%) e Canadá (10,1%).

O problema do Brasil é que o investimento público é bem abaixo do privado, enquanto o primeiro está em torno de 45%, o segundo alcança 55%, fato inédito em país com sistema universal de saúde e que já alcançou a posição de sétima maior economia do mundo. (OMS, 2008).

E o investimento público em relação ao PIB tem a média de apenas 4%, sendo 1,7% da União e o restante dividido entre Estados e Municípios, ainda com o agravante do recente corte realizado pelo Governo Dilma de R\$ 5 bilhões no orçamento da saúde (de R\$ 77 para R\$ 72 bilhões) para cumprir o pagamento da dívida pública evidenciando a falta de comprometimento com o direito humano fundamental à saúde de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS) universal, integral e gratuito conforme a Constituição Federal. (MENDES, 2012)

A saúde brasileira sempre esteve em um processo de subfinanciamento, necessitando de mais recursos para, além da efetivação constitucional, enfrentar os desafios do futuro como as mudanças no quadro demográfico e epidemiológico, as inovações tecnológicas e a melhor distribuição de recursos.

Por último, no caso do Governo Dilma, assim como nos Governos Lula, foi secundarizado o projeto da Reforma Sanitária frente ao Projeto Privatista da Saúde (BAHIA; SCHEFFER, 2013), de modo que os governantes do Partido dos Trabalhadores pudessem colocar em pauta as promessas com seus financiadores de campanha, majoritariamente da alta burguesia com empreendimentos na área sanitária⁴⁵.

⁴⁵ Em estudo realizado por Scheffer e Bahia (2011), o PT foi o terceiro partido que mais recebeu aportes financeiros das operadoras de planos de saúde na campanha de 2010: 14,05% do total, só ficando atrás do PMDB (28,94%) e do PSDB (18,16%). Analisando especificamente a eleição presidencial, a então candidata Dilma Rousseff (PT) recebeu o dobro do seu adversário, o tucano José Serra: R\$ 1000.000 da Qualicorp Corretora de Seguros contra R\$ 500.000 para Serra (PSDB).

As manifestações de junho de 2013, que mobilizaram a pauta política do país, colocaram a saúde pública no topo das propostas, com frases irreverentes típicas de um movimento liderado pela juventude como, por exemplo, “enfia os 20 centavos no SUS”⁴⁶ e “queremos saúde padrão FIFA”⁴⁷. Manifestações na periferia do Brasil, principalmente nas favelas ditas “pacificadas” do Rio de Janeiro se destacaram pela vanguarda na defesa da saúde pública, especificamente por um investimento do Governo no saneamento como prioridade, como foi o caso dos moradores da Rocinha, que exigiram melhorias sanitárias ao invés do Governo priorizar o teleférico para transporte de turistas na mesma comunidade⁴⁸.

A resposta de Dilma em relação aos protestos de junho que pediam mais investimento em saúde foi o Programa Mais Médicos, que se baseia na importação de médicos estrangeiros para trabalharem nos grotões mais distantes do país, principalmente nas mais de 400 cidades em que não há atuação de nenhum médico, por meio de uma bolsa paga pelo Governo brasileiro. Apesar da alta popularidade do Programa, alguns membros da área da saúde criticaram a proposta por não tocar nos aspectos estruturais da saúde pública, como financiamento, condições de trabalho, falta de medicamentos, entre outros.

Depois da análise política, econômica e social do projeto sanitário brasileiro, das décadas de 1980 até a atualidade, desenvolvemos, no próximo capítulo, os retrocessos sanitários no Brasil, que podem ser classificados em dois tipos: retrocessos sanitários doutrinários e retrocessos sanitários institucionais.

Disponível em http://www.cebes.org.br/media/File/Planos_de_Saude_Eleicoes.pdf. Acesso em 1º de junho de 2014.

⁴⁶ Numa referência ao aumento de 20 centavos no preço das passagens do transporte público em algumas capitais, como em São Paulo.

⁴⁷ Em referência aos estádios para a Copa do Mundo que tinham que ser “padrão FIFA”.

⁴⁸ Foi noticiada nos principais jornais do país a marcha de moradores da Rocinha e do Vidigal até o bairro nobre do Leblon para reivindicarem saneamento básico para as comunidades. Outro ponto interessante seria analisar a relação entre as Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) nas favelas cariocas, demonstrando a conjuntura repressiva e conflitiva no direito à saúde dessas comunidades.

CAPÍTULO 2

2 OS RETROCESSOS SOCIAIS NA ATUALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: RETROCESSOS DOUTRINÁRIOS E INSTITUCIONAIS

Apresentamos, neste segundo capítulo, quatro exemplos de retrocessos sociais na saúde pública brasileira atual⁴⁹: os dois primeiros no plano doutrinário: o mínimo existencial e a reserva do possível e os dois restantes no campo institucional: a implementação, pelo Governo Federal comandado pelo Partido dos Trabalhadores, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, mais conhecida como EBSEH e a não aprovação do projeto original dos 10% da Receita Corrente Bruta da União na regulamentação do investimento pelos entes federados, o que fez iniciar uma campanha denominada “Movimento Saúde + 10”⁵⁰.

2.1 Retrocessos Sanitários Doutrinários

Iniciamos a análise sobre os retrocessos doutrinários, pois são elaborados por meio da doutrina juspolítica, influenciando decisões jurídicas, gestores públicos e até mesmo a atuação do Estado na implementação de políticas públicas, como no caso da efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país.

2.1.1 O Mínimo Existencial

2.1.1.1 A Construção do Conceito do Mínimo Existencial

O mínimo existencial - também conhecido como “conteúdo mínimo”, “mínimo vital”, “núcleo essencial”, “substância mínima” dos direitos fundamentais surgiu da cultura jurídica alemã na segunda metade do século XX. No país germânico este conceito é desenvolvido e ratificado não só no âmbito jurídico, mas também no legislativo e administrativo, tornando-se uma referência na solução de litígios e influenciando o direito comparado. (BARCELLOS, 2012; TORRES, 2009).

As teses doutrinárias sobre o mínimo existencial foram criadas na Alemanha especificamente porque a clássica Lei Fundamental ou Constitucional de Bonn de

⁴⁹ Esses exemplos de retrocessos sanitários foram analisados pois estão atualmente em voga na discussão doutrinária e institucional do Movimento Sanitário brasileiro.

⁵⁰ <http://www.saudemaisdez.org.br/>

1949⁵¹ não trazia em seu bojo qualquer tipo de direito social de cunho prestacional⁵², desta maneira, a discussão em torno da garantia de um mínimo indispensável para uma existência digna ocupou um papel preponderante tanto nas questões pré-constituição (por meio de Assembleia Constituinte) quanto na constituição em si (denominada Lei Fundamental de Bonn). (SARLET, 2012).

Como enfatizado por Krell (2002), o Tribunal Constitucional Alemão lastreou a construção do mínimo existencial em dois elementos concordantes e fundamentadores de uma interpretação hermenêutica progressista no direito atual: o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à vida em sua completude, ou seja, na sua integridade física e mental. Enquanto o primeiro - princípio da dignidade da pessoa humana - estava inserido de modo normativo na Lei Fundamental de Bonn, especificamente em seu artigo I, inciso I; o segundo – direito à vida em sua completa integridade – inseria-se no artigo 20, inciso I da mesma Carta Constitucional. Sendo assim, a Corte Suprema alemã determinou uma ajuda social (*Sozialhilfe*), com base em uma interpretação constitucional prospectiva, estipulando que o Estado, de forma obrigatória, oferecesse uma contribuição social – em forma de programa de transferência de renda – a quem comprovasse ser hipossuficiente, preenchendo, dessa forma, o vazio deixado pelo texto constitucional no que se refere aos direitos sociais, influenciando a jurisprudência e a doutrina não somente de seu país, como de outras plagas internacionais.

Portanto, segundo Krell (2002), a tese do mínimo existencial foi uma espécie de “*mea culpa*” da Carta de Bonn, já que esta negligenciava qualquer tipo de direito social tendo que encontrar um instrumento jurídico capaz de restituir esse vazio de dignidade humana.

Pouco depois, logo após a Segunda Guerra Mundial (década de 1950), Bachof (1954) conseguiu construir uma argumentação sobre o mínimo existencial em que aliava o direito civil e político ao direito social. Sustentava que o mínimo existencial, ligado à dignidade humana, não estaria resumido apenas à questão da liberdade, mas, principalmente, a um mínimo de segurança social como saúde, educação, moradia etc. (TORRES, 2009).

⁵¹ É a vigente Constituição da Alemanha.

⁵² Excepcionalmente existe a previsão da proteção da maternidade e dos filhos, compensação de desigualdades fáticas no que diz respeito à discriminação das mulheres e dos portadores de necessidades especiais. (SARLET, 2012).

Nesta mesma época, de acordo com Alexy (2011), o Tribunal Constitucional da Alemanha em sua jurisprudência proferiu duas decisões fundamentais em relação aos direitos sociais prestacionais que teve como escopo o fundamento conceitual do mínimo existencial.

Precisamente, em 1951, ocorreu a primeira decisão, que tinha como tema a assistência social. Nesta decisão, primeiramente, o Tribunal Constitucional Alemão desobriga o Estado de proteger o indivíduo de suas necessidades materiais e também a uma assistência totalmente gratuita. (TORRES, 2009).

Com a polêmica originada a partir dessa decisão, o Tribunal Alemão tenta redimir-se declarando que essa decisão não significa dizer que o indivíduo não tenha nenhum direito constitucionalmente garantido à assistência social. A discussão avança e, em 1975, o Tribunal proferiu uma decisão em que afirma que um dos deveres inquestionáveis do Estado Alemão é a assistência aos necessitados, devendo lhes garantir “o mínimo”, ou seja, condições básicas para uma existência humana digna. Desta forma, consagrou-se pela primeira vez um direito fundamental a um mínimo existencial embalado pelos ótimos desempenhos econômicos do Estado do Bem Estar Social alemão. (TORRES, 2009).

E a segunda decisão foi muito mais polêmica, tratava-se do caso de vagas nas universidades (que eram poucas) e estudantes correspondentes ao que é o ensino médio brasileiro (que eram muitos) que pleiteavam a entrada nestas. Portanto, foi uma questão referente a *númerus clausus*. O Tribunal Constitucional Alemão proferiu uma dúbia decisão, pois ao mesmo tempo em que permitiu que todo cidadão que tivesse concluído o ensino médio deveria ingressar nas universidades (um mínimo existencial educacional) também deixou aberta a questão sobre a criação de novas vagas nestas – questão que se resolveria com a teoria da “reserva do possível”, que veremos no próximo item. (TORRES, 2009).

Depois de avaliarmos esse novo instrumento jurídico em seu país de origem, analisamos esse conceito do mínimo existencial em nosso país.

No Brasil, este debate é muito recente, ganhando força na última década e ainda se encontrando em permanente construção doutrinária. Juristas como Torres (2009), Barcellos (2012) e Sarlet (2012) têm contribuído com novos enfoques sobre o tema.

De acordo com Torres (2009), as características centrais do mínimo existencial se coadunam sobremaneira com os denominados direitos da liberdade:

sua condição de pré-constitucionalidade, pois é inerente à pessoa humana, independente da formação de uma Constituição; é direito público subjetivo de qualquer cidadão, fortalecendo a interpretação de que o mínimo existencial é que influencia a ordem jurídica e não o seu contrário, apresenta validade *erga omnes*, ou seja, tem consequências, sejam estas diretas ou indiretas, para toda a coletividade, como no exemplo de uma justificativa de estado de necessidade e, por último, apresenta-se imbuído de historicidade, vale dizer, variando de acordo com o contexto social e econômico e a identidade territorial que deseja abarcar.

Já Barcellos (2012) advoga que o mínimo existencial deve preceder o princípio da dignidade da pessoa humana, devendo o Estado ofertar para os cidadãos um núcleo com um conteúdo básico, já que a efetivação do mínimo é condição *sine qua non* para a classificação de um ser digno ou indigno perante as características do sistema capitalista. O núcleo básico do mínimo existencial, em relação aos elementos matérias da dignidade, deve ser composto por uma proteção estrutural objetiva e subjetiva que satisfaça minimamente o cidadão perante o sistema capitalista em que vive, dada aí todas as características de países, sejam estes centrais ou periféricos na geopolítica estabelecida.

Barcellos (2012) ainda enumera, de forma explícita, como seria constituído este mínimo existencial: saúde básica, educação fundamental, acesso à justiça e assistência aos desamparados, este último, englobando alimentação, vestuário e abrigo.

Sarlet (2012) está de acordo com as construções conceituais do mínimo existencial feitas por seus colegas, porém, ele chama atenção para a restrição desse conceito alertando que não se pode quantificá-lo de forma única e definitiva, pois o mínimo existencial varia conforme o lugar, tempo, padrão socioeconômico vigente, esfera econômica e financeira, expectativas e necessidades, que no caso da interpretação dada por esse autor, podem se confundir com desejos e aspirações individuais.

Sarlet (2012) completa seu raciocínio ao elucidar como se daria a definição desse mínimo existencial tendo como referência o papel dos legisladores e dos juízes: cabendo ao legislador a função de dispor sobre a forma da prestação, seu montante, as condições para sua fruição, entre outros aspectos a serem considerados e aos tribunais caberiam decidir sobre este núcleo existencial mínimo,

mas apenas em casos de omissão ou desvio de finalidade por parte dos órgãos legiferantes.

A conclusão a que chegam esses juristas é que em um país com tamanha desigualdade social,⁵³ como o Brasil, não existem elementos concretos que possam efetivar todos os direitos fundamentais para todas as pessoas, embora concordem que há uma contradição nesse tipo de argumentação, pois a erradicação da total desigualdade é um dos objetivos e fundamentos do Estado Democrático de Direito no Brasil, de acordo com a Constituição Federal. (PIOVESAN, 2014).

Assim, em uma conjuntura em que nem todos os direitos fundamentais são respeitados, a teoria do mínimo existencial em nosso país permite racionalizar as supostas escassez e má gestão/má distribuição dos recursos orçamentários, sendo de fundamental importância para a atuação dos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) para garantir aos cidadãos mais necessitados um direito óbvio da cidadania, ou seja, um mínimo necessário para que possam existir de forma digna. (TORRES, 2009).

2.1.1.2 O Mínimo Existencial como Retrocesso Sanitário

Depois de analisar a construção do mínimo existencial, desde sua origem na Alemanha até sua chegada ao Brasil, direciona-se, a partir deste ponto, uma explanação com a incumbência de comprovar como o conceito de mínimo existencial foi construído tendo o intuito, consciente ou não, de retroceder as conquistas abarcadas nos direitos sociais de nossa Constituição.

Para iniciar, houve uma falha teórica de nossos doutrinadores que professam o “mínimo existencial” no que tange à transferência deste conceito da Alemanha para o nosso direito pátrio. Essa transferência se deu de forma mecânica, sem atentar para duas observações fundamentais: a primeira, em relação à abissal diferença de conteúdo das Cartas Políticas germânicas e brasileiras; a segunda, referente à distância social, formação política e econômica, também imensa, que separa a realidade desses países. (BARROSO, 2007).

Não há argumentação de defesa sobre a existência de um “mínimo existencial” no Brasil, já que nossa Constituição - classificada como dirigente, ou

⁵³ Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com dados de 2010, o Brasil é o 10º país mais desigual do mundo, dentre 126 países pesquisados.

seja, dirige e indica ao Estado como atuar no contexto sociopolítico - erigiu um extenso rol de direitos sociais de cunho prestacional, como obrigação de executar em prol da melhoria dos serviços públicos, atingindo, dessa forma, o conjunto da população; diferentemente da Constituição Alemã, que destaca os direitos liberais, a forma de governo e o controle de constitucionalidade, quase que não citando nenhuma forma de direito social. Sendo assim, na cultura constitucional germânica, a elaboração de um mínimo de dignidade para os seus cidadãos se torna fundamental para uma sociedade que se pretenda justa e solidária já que não há previsão constitucional sobre os direitos sociais.

Já no caso do Brasil, a construção doutrinária de um mínimo de provimentos, sejam estes materiais ou não, seria um retrocesso constitucional, pois o que seria válido e eficaz em nossa realidade seria a concretização do rol dos direitos sociais do texto constitucional, direitos estes resultado de muita luta e organização dos movimentos sociais, como vimos no ascenso de lutas pré-constitucional e não um mínimo que, ao mesmo tempo que é limitado, também limita, não somente o texto constitucional no que ele de fato poderia ser, como também a coletividade de cidadãos em seus direitos mais elementares para a formação de uma vida digna. Dessa maneira, a tese sobre o “mínimo existencial” é deslocada e contraproducente em nosso país, retrocedendo conquistas constitucionais.

E, complementando, a Alemanha, assim como os países centrais da Europa (França, Inglaterra, Itália), goza de uma tradição de um Estado Social ainda atuante, apesar de todas as restrições sofridas⁵⁴, podendo o país germânico se dar ao luxo de não constitucionalizar direitos sociais. Já o Brasil, país de imensa desigualdade social, não pode confiar sua esperança de ratificação dos direitos sociais a uma espécie de mínimo vital, devendo perseguir, intermitentemente, os direitos fundamentais sociais de nossa Constituição em sua completude. Como relata Krell (2002) não se trata de analisar a Constituição como um texto bíblico, beirando o messianismo, mas apenas exigir que o Estado brasileiro – e Estado no sentido mais lato possível: Executivo, Legislativo, Judiciário, Conselhos – leve a sério os mandamentos constitucionais.

⁵⁴ Principalmente no contexto da crise econômica atual.

Perquirindo incisivamente sobre a tentativa de construção do conceito do “mínimo existencial”, vimos que, até o momento, há uma hesitação sobre a cientificidade desse conceito, sobre o que, realmente, ele abrange. Como ressalta Wang (2009) a teoria do mínimo existencial tem a pretensão de definir o núcleo essencial dos direitos sociais, como uma espécie de guia e farol para o intérprete na busca da concretização desses direitos, mas o mínimo em análise demonstra-se variável, influencia e é influenciado por uma série de circunstâncias e especificidades de cada caso concreto, colocando em dúvida, portanto, a capacidade de servir de referência para a definição do tal mínimo de dignidade. Algumas perguntas são importantes para tentar resolver o problema colocado: como é formado um núcleo essencial de um direito, qual sua abrangência, como se inicia e como se finda? Não há receita de bolo para definir os contornos do mínimo existencial, muito menos servir de referência.

Netto (2010) também reforça essa análise ao questionar a falta de parâmetros para definir o conceito de mínimo existencial e também contesta a ausência sobre quem deve delimitar e dar eficácia ao conceito, destacando que não há contornos definidos para a tomada de decisão e ação no plano concreto, seja numa lei, na administração ou em uma decisão judicial, a complementação desse estágio via controle social também é deficitária, não há ainda uma sistematização concreta sobre como e em quais situações esse mínimo definiria o núcleo de direitos sociais e, o mais importante, quem o definiria.

Netto (2010) e Wang (2009) também atentam para o fato de haver uma contradição sobre a decisão de um mínimo existencial, caso haja conflito institucional entre algum dos três poderes de nossa República, podendo propiciar uma rusga ou até mesmo crise que reflita sobre as políticas públicas.

Sobre a especificidade do direito à saúde, o mínimo existencial está sendo desenvolvido com o claro intuito de restringi-lo somente à saúde básica, como vimos na definição de Barcellos (2012). Também serve para legitimar projetos de lei que almejam restringir ou excluir o direito à saúde da Constituição, principalmente de seu art. 196⁵⁵ que sustenta a universalidade e integralidade do direito à saúde, demonstrando, dessa forma, um explícito retrocesso social.

⁵⁵ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e

O fenômeno da “judicialização da saúde” – que vem a ser a luta constante dos cidadãos pelo efetivo cumprimento da Constituição - vem sofrendo críticas com um sério ranço conservador legitimadas pelo “mínimo existencial”. Com exceção de casos como medicamentos ou tratamentos sem eficácia comprovada ou que possuem alternativas ao paciente comprovadamente com o mesmo resultado científico e com custo menor ao erário, o juiz não poderá justificar sua negativa de atendimento ao paciente que recorra à justiça com base no argumento do mínimo existencial, pois em praticamente todas essas situações está se relacionando com o delicado tema do direito inalienável à vida e à dignidade da pessoa humana, que não corresponde nem de longe a um certo “mínimo vital”, pois para a manutenção da vida deve-se atentar para o máximo de atendimento e tratamento, ocasionando a busca pelo melhor dos medicamentos, sendo esse um dos exemplos mais recorrentes da denominada judicialização da saúde.

Amaral (2010) e Netto (2010) ratificam essa análise ao defender que o Estado-Juiz não deve considerar nem mesmo se o requerente tem recursos financeiros para custear o tratamento/medicamento requerido já que em poucos casos se justificaria uma não concessão, pois a maior parte dos gastos com medicamentos concedidos pelo Poder Judiciário vai para aquisição de produtos de altíssimo custo, ou seja, não há fornecimento nem mesmo pelo plano privado de saúde, mesmo com uma série de isenções e desonerações que o Governo presenteia esses grupos empresários do ramo sanitário⁵⁶. Deve-se pensar, para amenizar o quadro da judicialização da saúde, também o papel da saúde privada em nosso sistema de saúde, inclusive em nosso sistema público (SUS), que tem, como desafio, continuar a ser único. (OCKÉ-REIS, 2012).

Vimos, portanto, que o denominado mínimo existencial tem como escopo retroceder os direitos sociais à categoria de um direito natural, um mínimo de cidadania que não condiz com a natureza preceptiva de nossa Constituição.

Assim, pela orientação hermenêutica progressista de nossas normas constitucionais, interpretamos com base no princípio da proibição do retrocesso

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” CF/88.

⁵⁶ Ocké-Reis (2013) estima que a renúncia de arrecadação fiscal em saúde, no ano de 2011, alcançou significativos R\$ 16 bilhões, o equivalente a 22,5% do investimento público federal na área.

social,⁵⁷ buscando a anulação do conceito de mínimo existencial com o argumento de que não podemos voltar a um estágio antiquado onde só havia a consolidação formal de direitos que representavam “migalhas de cidadania” (MARMELSTEIN, 2011).

Para além do positivismo jurídico, ousa-se também analisar o conceito de mínimo existencial comparando e fazendo o contraponto com o conceito de básico social⁵⁸, ou seja, em uma análise para além do direito. Pereira (2011) destaca que não se pode confundir os termos mínimo e básico, apesar de sua quase irmandade semântica, são bastante diferentes em termos político-sociais. Enquanto o mínimo exige uma proteção por baixo, rasteira, somente se atentando às necessidades biológicas para a pura e simples sobrevivência, sem se preocupar com o desenvolvimento físico e mental do ser humano para que alcance percepção crítica sobre seu lugar e posicionamento perante o sistema capitalista; o básico deve ser algo fundamental, para além de uma satisfação simplista, que dê oportunidades de fato para que o ser humano se reconheça como tal, no completo bem-estar de sua saúde física, concomitante com um grau subjetivo de autonomia cidadã, refletindo sobre seus objetivos e crenças.

Pereira (2011), ao nos apresentar a construção intelectual do mínimo, só ratifica a perspectiva de retrocesso incluída nesse conceito. Pereira (2011) inicia trazendo as contribuições do representante da Escola Austríaca, o neoliberal Friedrich Hayek, em defesa de um mínimo de renda somente para pessoas que não apresentem condições para participação no mercado de trabalho: enfermas, pessoas física e mentalmente incapazes, viúvas e órfãos. Hayek defende um mínimo como dever moral e não cívico, uma mínima rede de segurança para amenizar a pobreza extrema, numa conceituação de dimensão biológica ou mero alívio para necessidades animais. A defesa de um mínimo para Hayek, segundo Pereira (2011), é expansiva, englobando uma série de ações no campo da micro e macroeconomia: a defesa de um Estado Mínimo, políticas assistencialistas mínimas e focalizadas, atuação do mercado em políticas públicas estratégicas, preferindo até

⁵⁷ O Princípio da Proibição do Retrocesso Social defende a garantia dos direitos sociais constitucionalizados, protegendo-os de qualquer iniciativa de restrição e/ou supressão dos mesmos. Estudaremos esse princípio, de forma detalhada, no último capítulo da dissertação, como uma das alternativas para sanar os retrocessos sanitários.

⁵⁸ Esse conceito também será abordado no último capítulo da dissertação, de maneira complementar, quando discutiremos o embasamento da auditoria da dívida pública como alternativa de enfrentamento aos retrocessos sociais.

mesmo uma ditadura liberal frente a uma democracia que não cumpra com os ideários de sua doutrina.

O segundo autor apresentado por Pereira (2011) é o filósofo político John Rawls, que apresenta a defesa de um mínimo efetivado pelo Estado para os mais pobres (de acordo com um corte de renda estabelecido) para equacionar os desequilíbrios propiciados pelo mercado. Defende uma ordem léxica em que pressupõe que o princípio da liberdade e oportunidade esteja à frente do princípio da igualdade, demonstrando pífia preocupação com uma igualdade material, fortalecendo, dessa forma, a igualdade formal, em que a *lex mercatoria* estaria acima de qualquer princípio distributivo.

Pereira (2011) ainda destaca quatro semelhanças entre Hayek e Rawls: a) o mercado tem papel de destaque numa sociedade onde as diferenças das classes sociais são resolvidas com base em uma folha de papel, qual seja o contrato, sendo uma das facetas mais versáteis e convincentes da legitimação do sistema capitalista; b) apologia do fetichismo da mercadoria, que é o modo pelo qual as formas econômicas do capitalismo ocultam as relações sociais a elas subjacentes, como, por exemplo, quando o capital, como quer que seja compreendido, e não a mais-valia, é tido como a fonte do lucro; c) incentivo às desigualdades criadoras como basilares para a manutenção de uma “sadia” competição no sistema capitalista, naturalizando a pobreza numa espécie de “darwinismo social”, em que os direitos sociais são vistos como empecilho ao avanço econômico e; d) inclusão individual, pois o mínimo existencial deve favorecer apenas a indivíduos, por isso o destaque para a dignidade da pessoa humana, não devendo referir-se à coletividade ou classes sociais.

Portanto, o conceito de mínimo seria próximo de um mínimo de subsistência, resposta isolada e emergencial aos efeitos da pobreza extrema, uma política assistencialista conjuntural, que legitima as desigualdades sociais e a concentração de renda numa sociedade dividida em classes.

Para contrapor ao mínimo surge o conceito de básico social, demonstrado por Pereira (2011), com base na tese de Ian Gough e Len Doyal, “*A Theory of Human Need*”⁵⁹, que conceitua o básico como uma política em movimento rumo ao alargamento social de direitos, numa integralidade e junção com as gerações do

⁵⁹ Essa teoria também será abordada no último capítulo desta dissertação – capítulo 3 – quando tratarmos da alternativa da auditoria constitucional da dívida pública.

direito⁶⁰: liberal, social e difuso e não somente com políticas assistencialistas e focalizadas.

Os programas, na conceituação do básico social, devem estar encadeados, um complementando o outro, no caso da saúde pública brasileira, por exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF) deve ser efetivado juntamente com a vigilância sanitária, saneamento básico, assistência, prevenção, entre outros.

Para Pereira (2011), com base nos autores supracitados, o básico social deve conter duas características imprescindíveis: ser objetivo e universal. Ser objetivo no sentido de que sua especificação teórica e empírica deva ser independente de preferências ou desejos pessoais; e universal no que se refere às consequências do não cumprimento de um bem estar à coletividade, proporcionando sérios prejuízos decorrentes de sua não satisfação adequada, em qualquer pessoa em qualquer parte do mundo, em qualquer cultura. A definição de sérios prejuízos também é conceituada por Pereira (2011), que menciona como impactos negativos relevantes que possam impedir ou por em sério risco a possibilidade objetiva e subjetiva dos seres humanos de viver física e socialmente em condições de poder expressar a sua capacidade de participação ativa e crítica.

Pereira (2011), com base em Doyal e Gough, destaca que as necessidades humanas básicas objetivas e universais são a saúde física e a autonomia, que devem ser efetivadas por meio de uma política pública atuante, de modo conjunto. Ambas são pressupostos iniciais para uma vida digna, não se resumindo como um fim em si mesmas. A saúde física seria como um axioma para o desfrute da vida, sendo uma necessidade humana primária, que tem como indicadores básicos a taxa de mortalidade e a expectativa de vida. A saúde física é como um lastro para o alcance da autonomia, esta seria a capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressões, não somente no sentido de se fazer ciente de sua posição como indivíduo mas, principalmente, como pertencente a uma coletividade, respeitando regras e valores que devem ser construídos de forma democrática e participativa.

Portanto, o básico social se diferencia do mínimo existencial no sentido de que é uma política estrutural, exigindo reformas de base, como a efetivação de uma reforma sanitária com base em nossa Constituição, política de Estado e não de

⁶⁰ Abordamos criticamente a teoria da geração dos direitos no primeiro capítulo.

Governo, com total afinidade com os ditames constitucionais. No caso do direito sanitário, isso significa a luta pela concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam a universalidade, integralidade, equidade, de acordo com a implementação de políticas sociais e econômicas com o fim de ratificar objetiva e subjetivamente a saúde pública brasileira.

Depois de analisarmos criticamente o conceito de mínimo existencial, passamos, a seguir, à análise de outro retrocesso doutrinário: a reserva do possível.

2.1.2 A Reserva do Possível

2.1.2.1 A Construção do Conceito da Reserva do Possível

A teoria da reserva do possível (*Vorbehalt des finanziell Möglichen*) também deve a sua origem à Alemanha, especificamente à Corte Constitucional Federal germânica, na década de 1970, para ser um contraponto, um limite, às “benesses” do Estado do Bem Estar Social. Tudo começou com um julgado do Tribunal Constitucional alemão referente ao acesso, pelos estudantes, às vagas das universidades públicas – “*numerus-clausus Entscheidung*”⁶¹, em 18 de julho de 1972, baseado no artigo 12, § 1º da Constituição⁶². (KELBERT, 2011).

A Corte apreciou um caso no qual uma ação judicial tinha como escopo permitir a certo estudante cursar o ensino superior público, no caso específico, a Faculdade de Medicina. Tal ação se baseava na garantia prevista pela Lei Federal alemã (Lei Fundamental de Bonn) que garantia a livre escolha de trabalho, ofício ou profissão, tendo em vista que não havia disponibilidade de vagas em número suficiente para todos os interessados em frequentar as universidades públicas. (KRELL, 2002; SARLET, 2012).

Na decisão proferida pelo Tribunal ficou estabelecido que só se pode exigir do Estado o atendimento de um determinado interesse, ou a execução de uma prestação específica em benefício do interessado, desde que observados os limites da razoabilidade e proporcionalidade; e a decisão completava o julgado relatando

⁶¹ O mesmo caso do mínimo existencial.

⁶² “Todos os alemães têm o direito de eleger livremente a sua profissão, o lugar de trabalho e o lugar de formação” tradução de “*alle deutschen haben das recht, beruf, asbeitsplatz und ausbildungsstätte frei zu wählen*”.(DEUTSCHLAND, 2012).

que os sujeitos à reserva do possível devem sopesar a racionalidade de cada caso concreto, refletindo sobre o aspecto econômico do Estado. (KRELL, 2002).

Ou seja, essa conclusão obstaculizaria qualquer pretensão acima de um patamar considerado logicamente razoável de exigências sociais, razão pela qual o Tribunal decidiu, neste caso específico, que o Poder Público não estaria obrigado a disponibilizar um número ilimitado de vagas para acolher todos os interessados em ingressar nas universidades públicas (KELBERT, 2011; SARLET, 2012). Esse caso teve grande repercussão social e acabou incidindo sobre casos semelhantes.

A teoria da reserva do possível foi se desenvolvendo na Europa até seu advento no âmbito jurídico pátrio evoluindo de uma maneira mais sistematizada a partir dos anos 2000, juntamente com o “mínimo existencial”.

No Brasil, os mesmos doutrinadores que se debruçaram sobre o instituto do “mínimo existencial” também se prontificaram a estudar com mais afinco a “reserva do possível”. Barcellos (2012) relata que o advento da reserva do possível é concernente ao debate sobre a limitação dos recursos disponíveis frente às numerosas necessidades da população, principalmente em relação às requisições de atendimento à saúde, especificamente em relação aos altos custos dos medicamentos. A autora atenta para o fato de que há um limite orçamentário e que, conseqüentemente, pode terminar em uma frustração para a população ao constatar que o Estado não tem recursos suficientes para suas infinitas necessidades.

Autores como Sarlet e Figueiredo (2008), Kelbert (2011) e Moreira (2011) definem a reserva do possível em três características principais: a) disponibilidade fática de recursos; b) disponibilidade jurídica de recursos materiais e humanos e; c) a proporcionalidade na prestação.

Sobre a disponibilidade fática de recursos, a reserva do possível é interpretada para legitimar a ausência total de recursos para a realização de direitos prestacionais, a observação a ser registrada é que essa ausência de recursos deve ser comprovada, não apenas alegada, sob pena de responsabilidade do administrador. Destaca-se que a ausência de recursos não se restringe somente aos recursos financeiros, mas também aos recursos humanos ou materiais como, por exemplo, a falta de médicos e de leitos em hospitais.

Sobre a segunda característica da reserva do possível – disponibilidade jurídica de recursos materiais e humanos – os autores supracitados afirmam que há recursos existentes, porém não estão disponíveis e não podem ser utilizados, é o

caso, portanto, da problemática ligada à autonomia jurídica de disposição, já que o Estado deve ter a capacidade jurídica (poder de dispor), sem o qual nada lhe adiantam os recursos existentes, assim, a peça orçamentária não possui caráter vinculante para o administrador, com exceção do remanejamento de verbas – que deve ser plenamente justificado - previsto na própria lei orçamentária.

Sobre a terceira e última característica da reserva do possível – proporcionalidade na prestação – está sendo construída no sentido de analisar cada caso concreto com todas as suas nuances de cunho político, jurídico e econômico, já que o instituto da reserva do possível apresenta uma forma dialética em relação à prestação de direitos fundamentais sociais: pode ser apresentada como um limite fático e jurídico, como vimos acima; mas, ao mesmo tempo, apresenta-se como uma garantia de efetivação dos direitos relatados caso seja considerado o núcleo essencial mínimo desses direitos, o que, em ambos os casos, pode transparecer a ideia de retrocesso, já que os limites gerados, seja numa interpretação lata sobre o tema, seja demonstrando critérios como proporcionalidade, sempre trabalharão com o foco de restringir ou limitar a efetivação de direitos sociais, como o direito à saúde.

No Brasil, nossos doutrinadores supramencionados foram mais duros e restritivos do que os seus colegas alemães, pois esta tripartição se diferencia do conceito original germânico em relação à segunda característica descrita - “disponibilidade jurídica de recursos materiais e humanos” - que significa que, antes de serem garantidos os direitos sociais, deve-se observar a disposição orçamentária específica, priorizando o orçamento aos direitos.

Portanto, só se podem efetivar direitos na medida do possível, pois o Estado, supostamente, não tem recursos para além dessa escassa possibilidade financeira. Ao limitar a amplitude de direitos sociais aos cidadãos, se incorre, fatalmente, em uma restrição desses direitos, havendo, portanto, um claro retrocesso.

2.1.2.2 A Reserva do Possível como Retrocesso Sanitário

Assim como o mínimo existencial, o conceito de reserva do possível não pode ser aplicado em nossa realidade, como destaca Krell (2002), caso os doutrinadores ou operadores do Direito alemães se confrontassem com o quadro socioeconômico de exclusão social do Brasil e, conseqüentemente, com a ausência

de condições mínimas para o usufruto de uma existência digna, passariam a exigir a atuação do Poder Judiciário para, juntamente com outros poderes da República, tentar amenizar as desigualdades sociais existentes.

Krell (2002) ainda destaca que se as condições para a efetivação dos direitos econômicos, sociais e culturais se resumirem a existência de recursos financeiros nos caixas de governos, a eficácia em torno dessa efetivação se aproximará de zero, realçando que não se devem colocar os direitos sociais abaixo das condicionantes econômicas, sob o risco de relativizar a universalidade desses direitos, podendo ocasionar uma crise do incipiente Estado Social e Democrático de Direito brasileiro, que ainda está em via de consolidação, não sendo positivo comparar com uma economia central do continente europeu, com outro tipo de formação cultural e institucional.

Cunha Jr (2010), ratificando o pensamento de Krell (2002), é ainda mais incisivo, ao constar que, mesmo com os avanços conjunturais nos últimos anos, representados por políticas de transferência de renda, não há mudança estrutural efetivada no Brasil, o qual ainda figura entre os países líderes de estatísticas de concentração de renda e de população sobrevivendo abaixo da linha de pobreza, tal conjuntura sinaliza que devemos exigir que os direitos sociais sejam retirados da condição de reféns do condicionamento provocado propositadamente pela justificativa da reserva do possível.

Continuando nossa análise sobre a reserva do possível, este conceito, como relatamos, é dividido em dois tipos: reserva do possível fática e jurídica. O primeiro se caracteriza a um contingenciamento financeiro, a que se encontram submetidos os direitos prestacionais; e o segundo diz respeito à ausência de previsão orçamentária que destine os recursos à consecução de um determinado interesse, ou requerimento de uma determinada demanda. (DA SILVA, 2010).

Sobre a reserva do possível fática há também crítica sobre a ausência de critérios que possam balizá-la, correndo o risco de se tornar uma ficção conceitual, como relata Souza (2009, p.4000):

A reserva do possível fática (ausência de recursos) é um conceito ainda mais problemático, ainda mais fluido, ainda mais polêmico que o de mínimo existencial. Tem sido alegada indiscriminadamente pelo Poder Público para se furtar à implementação de direitos fundamentais e não existem ainda critérios objetivos para delimitá-la (2009, p.4000).

Farena (1997) destaca o risco de se colocar como pressuposto básico para a efetivação dos direitos sociais a quantidade de recursos suficientes do Estado, podendo representar um retrocesso social que imobilize as pretensões contidas em nossa Carta Magna:

As alegações de negativa de efetivação de um direito social com base no argumento da reserva do possível devem ser sempre analisadas com desconfiança. Não basta simplesmente alegar que não há possibilidades financeiras de se cumprir a ordem judicial; é preciso demonstrá-la. O que não se pode é deixar que a evocação da reserva do possível converta-se em verdadeira razão de Estado econômica, num AI-5 econômico que opera, na verdade, como uma anti-Constituição, contra tudo o que a Carta consagra em matéria de direitos sociais (1997, p.13-14).

Já sobre a reserva do possível jurídica, a crítica é sustentada pela defesa de um maior protagonismo do Poder Judiciário no que tange ao controle da legislação orçamentária. Para Grau (2011), a atuação do Poder Judiciário, em colaboração com os demais poderes, deve ser totalmente pró-desenvolvimento dos direitos sociais, combatendo todo o retrocesso que venha a surgir, pois o processo de aplicação do direito por meio do mandamento advindo das decisões judiciais é um processo de permanente recriação e atualização do direito, abrindo espaços para inovações e retirando principalmente o juiz do estado de letargia de ser apenas “a boca da lei”, devendo não apenas reproduzir, mas produzir o direito com o intuito de efetivar a aplicação constitucionalmente imediata de um direito fundamental social, é o caso de inverter as prioridades: o direito social é que deve influenciar o orçamento e não o contrário.

Para concluirmos sobre a reserva do possível fática e jurídica, destacamos a passagem de Cunha Jr (2010), em que ele defende que existem recursos financeiros no âmbito do Estado para garantir os direitos sociais, e o que ocorre na realidade é uma má distribuição destes recursos e até mesmo desvios ilícitos⁶³. Neste caso, sustenta o autor, de forma implícita, que o Poder Judiciário deve atuar tendo como referência o princípio da proibição do retrocesso social⁶⁴ para evitar teses restritivas como a reserva do possível, ao alertar sobre instrumentos de fiscalização sobre o gasto público, para evitar casos como desvios de verbas com

⁶³ O fundo público, na verdade, na análise de Salvador (2010) está em disputa pela luta de classes na sociedade capitalista, tendendo, ultimamente, para as benesses da elite detentora de poder, a mesma protagonista da maioria dos casos de corrupção em nosso país.

⁶⁴ Esse princípio será apresentado de maneira mais aprofundada no último capítulo desta dissertação.

obras superfaturadas, cartões corporativos, corrupção ativa e passiva, empresas corruptoras e corruptas, cultura “do favor e do jeitinho” para que esse dinheiro seja aplicado para as necessidades básicas do ser humano, de acordo com o princípio da dignidade da pessoa humana.

É axiomático que o direito à saúde, assim como todos os direitos, não é absoluto, devendo-se analisar a proporcionalidade, a razoabilidade e o caso específico em si. Mas usar o argumento de que não há recursos disponíveis, de modo irresponsável, ou seja, sem comprovação empírica, é característica de setores que tem como escopo principal restringir e, até mesmo, retirar o direito à saúde da Constituição, atacando principalmente os princípios da integralidade e universalidade. É urgente, também aqui, que a hermenêutica jurídica atue com o fito de proibir esse retrocesso social denominado “reserva do possível”. (MOREIRA, 2011).

Complementamos esse raciocínio com a citação de trecho da tese de doutorado de Fernando Aith (2006, p.397-398), intitulada “Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro”:

[...] a diretriz de integralidade das ações e serviços públicos de saúde representa um importante instrumento de defesa do cidadão contra eventuais omissões do Estado, pois este é obrigado a oferecer, prioritariamente, o acesso às atividades preventivas de proteção da saúde. A prevenção é fundamental para evitar a doença, entretanto, sempre que esta acometer um cidadão, compete ao Estado oferecer o atendimento integral, ou seja, todos os cuidados de saúde cabíveis para cada tipo de doença, dentro do estágio de avanço do conhecimento científico existente. Assim, sempre que houver uma pessoa doente, caberá ao Estado fornecer o tratamento terapêutico para a recuperação da saúde dessa pessoa de acordo com as possibilidades oferecidas pelo desenvolvimento científico. Assim, não importa o nível de complexidade exigido, a diretriz de atendimento integral obriga o Estado a fornecer todos os recursos que estiverem ao seu alcance para a recuperação da saúde de uma pessoa, desde o atendimento ambulatorial até os transplantes mais complexos. Todos os procedimentos terapêuticos reconhecidos pela ciência e autorizados pelas autoridades sanitárias competentes devem ser disponibilizados para a proteção da saúde da população. (2006, p. 397-398).

Portanto, a consecução do direito à saúde por parte do Estado é obrigatória e deve atender a todos. A reserva do possível não deve ser usada como argumento a obstaculizar esta conquista da nossa cidadania, pois como vimos, ela necessita de uma melhor definição em relação a seus critérios objetivos, assim como precisa

comprovar seu pressuposto básico - a escassez de recursos por parte do Estado brasileiro. (KELBERT, 2011).

2.1.3 A Relação entre o Mínimo Existencial e a Reserva do Possível

Tanto o mínimo existencial quanto a reserva do possível, em termos histórico-jurídicos, são institutos incipientes que ainda não encontraram tratamento exaustivo por parte da doutrina. Desta maneira, deve-se estudar o tema com atenção, pois há uma relação direta entre estes institutos e a efetivação dos direitos fundamentais, incluindo aqui o direito à saúde.

Para demonstrarmos da melhor forma possível a relação entre ambos os institutos em tela e as indagações contidas neles, recorreremos a Oliveira e Calil (2008) que questionam, primeiramente, sobre a precedência de um instituto sobre o outro, já que não há uma comprovação de qual deles dá a devida sustentação à existência doutrinária de outro. A pergunta a que os autores não encontram resposta é a seguinte: se a reserva do possível limita os direitos sociais a um mínimo necessário a uma existência digna, ou a reserva do possível, inclusive reserva financeira, seria de aplicação geral, apenas encontrando restrição em relação a um núcleo dignitário mínimo?

Logo depois, complementando o raciocínio, Oliveira e Calil (2008) levantam várias questões sobre a relação entre o mínimo existencial a reserva do possível como, por exemplo, em torno da indeterminação se a reserva do possível é empecilho e entrave à aplicação fática dos direitos prestacionais, com exceção ao núcleo essencial que completa esses direitos ou se a reserva do possível é a responsável por delinear o mínimo essencial, restringindo, dessa forma, todos os direitos que a ele não pertencem.

Caso se entenda que a reserva do possível é um obstáculo fático aos direitos prestacionais, está-se perante uma teoria absoluta do núcleo essencial, pois seriam intangíveis pela reserva do possível, nada mais podendo olvidar a exigibilidade desse conjunto de direitos subjetivos.

Ao contrário, se a conclusão for de que o delineamento do mínimo essencial é dado pela reserva do possível, esse conjunto de direitos derivará de uma ponderação, sendo que pode ser restringido no caso concreto. Sob este prisma, o mínimo essencial apenas existiria em decorrência da existência da reserva do possível, o que não ocorre em verdade. Adotada esta tese, a reserva do possível deixa de ser um

elemento da ponderação, passando a fazer parte do embate, considerando-a, sim, como característica dos direitos prestacionais. (2008, p. 17-18).

Portanto, como se vê, ainda há muito que destrinchar sobre a relação entre o mínimo existencial e a reserva do possível e, como já referido, temos que continuar atentos a estas elaborações sobre estes dois institutos, pois eles apresentam uma relação direta e constante com a legitimação e justificativa para a restrição e/ou exclusão dos direitos fundamentais sociais, em especial o direito à saúde.

Complementando nossa análise sobre os retrocessos sanitários, depois de explanarmos sobre os retrocessos doutrinários do mínimo existencial e da reserva do possível, passamos a analisar os retrocessos institucionais colocados em prática pela conjuntura atual numa clara afronta ao SUS e ao Movimento Sanitário: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a não aprovação dos 10% da Receita Corrente Bruta da União no investimento da saúde.

2.2 Retrocessos Sanitários Institucionais

Classificamos como retrocessos institucionais o campo prático de validação das teorias doutrinárias do mínimo existencial e da reserva do possível, são retrocessos implementados pelo Estado com o fulcro de abalar a estrutura constitucional do SUS por meio da valorização da atuação do setor privado (balizado pelo Governo) e sua duradoura política de subfinanciamento do SUS. Analisamos dois casos que estão em voga no direito sanitário: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a não aprovação dos 10% da Receita Corrente Bruta da União na aplicação no SUS, frustrando expectativas do Movimento Sanitário Brasileiro.

2.2.1 A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Histórico de sua Implementação

A primeira tentativa de implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) se concretizou no último dia de mandato do Governo Lula – 31 de dezembro de 2010 – com a iniciativa do Governo Federal de enviar ao

Congresso Nacional a Medida Provisória⁶⁵ 520, criando a EBSEH. Tal Medida Provisória caracterizava a EBSEH como sociedade anônima, apesar do controle majoritário da União e sua prestação de serviços vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), formava-se como uma empresa estatal de economia mista.

A MP 520, de 2010, referente à EBSEH perdeu a vigência, pois seu prazo para votação no Congresso expirou-se por pressão do movimento sanitário que conseguiu influenciar a postura de senadores contra o projeto em votação. Mas o Governo Dilma, que havia encampado a defesa da Medida Provisória - MP 520 do Governo Lula, reeditou uma nova versão (Projeto de Lei 1.749/2011) que foi aprovada por meio da Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011. O Governo, capitaneado por um partido que surgiu no seio do ascenso de massas da década de 1980, aprovou uma lei contra a deliberação da XIV Conferência Nacional de Saúde que orientava a reprovação veemente de todas as formas e projetos de terceirização da gestão de serviços de saúde, sendo do Estado para empresas, fundações privadas e organizações sociais, inclusive rejeitaram cabalmente a EBSEH⁶⁶ em seu relatório final.

O Governo “deu às costas” à Conferência Nacional de Saúde (CNS) e conseguiu promulgar a lei de criação da EBSEH apenas dez dias depois do final da XIV CNS, demonstrando total falta de diálogo e sensibilidade política para o maior evento de discussão e deliberação da política pública de saúde do Brasil.

Há duas diferenças essenciais entre a Lei 12.550/2011 e a MP 520/2010. A primeira é que a Lei que institui a EBSEH retira a denominação de sociedade anônima e passa a classificá-la como empresa pública unipessoal, ou seja, segundo o Decreto-Lei 900/1969, é empresa com personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União (ANDREAZZI, 2013). Outra inovação consiste em que a EBSEH poderá, de acordo com seu artigo 6º, prestar

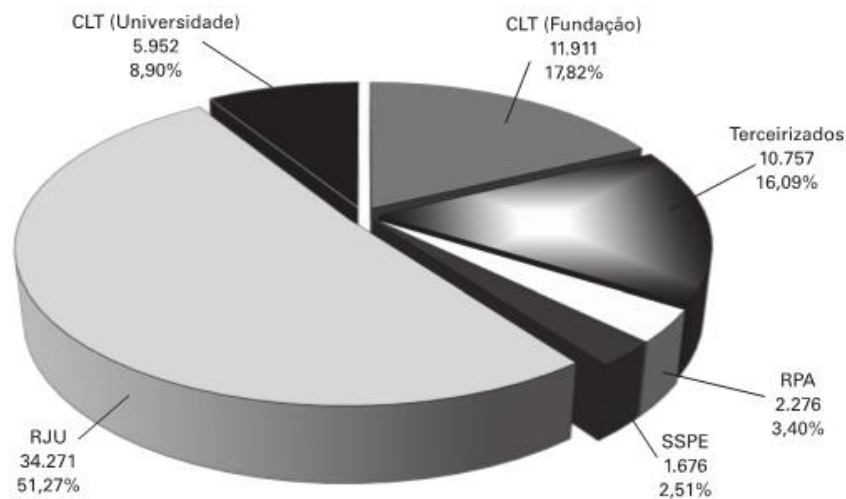
⁶⁵ Ressalte-se que a Medida Provisória é um instrumento que veio suceder o Decreto-Lei da Ditadura Militar, instrumento este que continua a fornecer um poder excessivo ao Presidente da República, pois a Medida Provisória não precisa tramitar no Legislativo e, ultimamente, em sua confecção, não se respeita o artigo 62 da Constituição Brasileira que relata que tal Medida deve ser excepcional, tendo como parâmetros a relevância e a urgência do caso específico, o que não era o caso da EBSEH.

⁶⁶ A XIV Conferência Nacional de Saúde aconteceu em Brasília, entre os dias 30 de novembro e 04 de dezembro de 2011 e seu relatório final foi aprovado por 2.937 delegados de todos os Estados da Federação. No relatório final, em sua diretriz nº 5 “Gestão Pública para a Saúde Pública”, o sexto ponto aprovado ratificava a contrariedade em relação à EBSEH: “Rejeitar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais”. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf, acessado em 01 de fevereiro de 2014.

serviços relacionados às suas competências mediante contrato, claro que afirmando que respeitará a autonomia universitária inserida na Constituição da República Federativa do Brasil⁶⁷, apesar da pressão exercida pelo Governo aos reitores das instituições de ensino responsáveis pela administração dos hospitais universitários. Além disso, outro enunciado preocupante da elaboração da lei de criação da EBSEH é que, para suprir a ausência de funcionários públicos nos hospitais universitários, o Governo Federal motivaria a concretização de vários concursos para aquisição de pessoal, que podia ser tanto por meio do Regime Jurídico Único (RJU) ou por meio do precário contrato via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), caracterizando, desta forma, um retrocesso social nas condições de trabalho dos profissionais de saúde já que, dos aproximadamente setenta mil trabalhadores dos hospitais universitários, quase 50% não pertencem ao quadro de servidores estatutários, onerando o caixa dos hospitais que têm que arcar com os custos desses funcionários (SODRÉ *et al.*, 2013), conforme gráficos 1 e 2, a seguir:

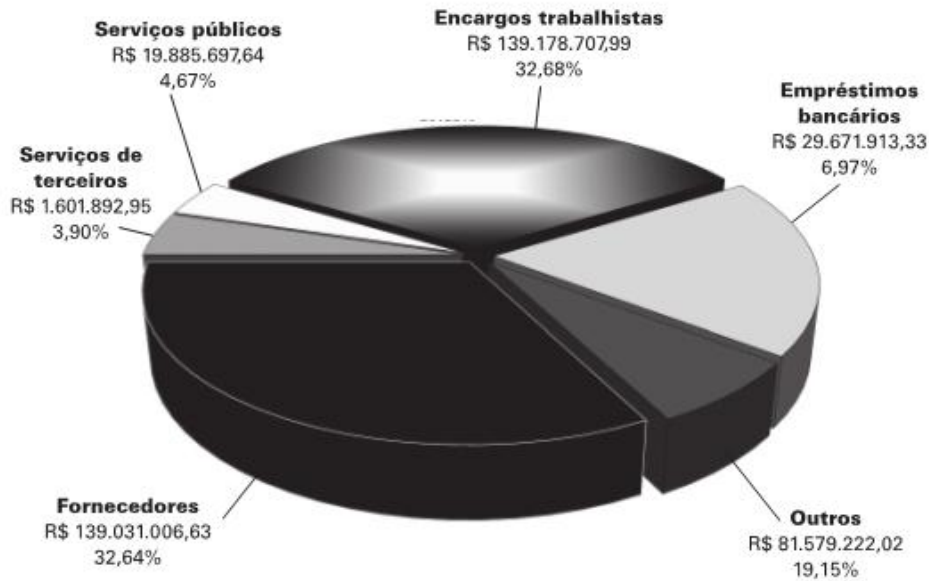
Gráfico 1 – Força de trabalho dos HUFs

Total: 66.843



Fonte: Secretaria de Educação Superior – MEC
Elaboração: Sodré *et al.* (2013)

⁶⁷ “Art. 207. As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.” CF/88.

Gráfico 2 – Totalização das dívidas dos HUFs**Total: R\$ 425.948.440,56**

Fonte: Secretaria de Educação Superior – MEC
 Elaboração: Sodré *et. al.* (2013)

Andreazzi (2013) elenca as principais alterações promovidas pela implementação da EBSEH e que terá importantes impactos na política pública de saúde: financiamento, ressarcimento ao SUS, necessidade de estabelecer contrato de prestação de serviços com as Universidades, cessão de servidores, controle social, processo formal de decisão e os impactos sobre o ensino médico.

A discussão sobre a efetivação da EBSEH no universo sanitário brasileiro gera reflexos profundos na conjuntura da saúde pública implantada em nosso país. Numa visão geral sobre o tema, o papel exercido pelos hospitais universitários é estratégico, pois devem exercer um tripé científico importante: ensino, pesquisa e extensão, por meio da assistência à saúde. Os hospitais universitários brasileiros são importantes escolas de formação de quadros para pensar e exercer a clínica médica, pois é o local onde há desenvolvimento de pesquisas na área biomédica, com a participação de alunos da área de graduação e pós-graduação e sua administração é complexa, abrangendo dois ministérios: o da Educação, por sua ligação com a universidade correspondente e o da Saúde, por pertencer ao Sistema Único de Saúde. (SODRÉ *et al.*, 2013).

Os números representados pelos hospitais universitários demonstram sua importância na atuação pela melhoria no quadro de saúde pública brasileira, sintetizados no alto índice de recursos humanos, estruturais e financeiros: segundo

Lopez (2005), apesar dos hospitais universitários representarem apenas 2,55% da rede hospitalar do Brasil, são responsáveis por 10,3% dos leitos do SUS, 25,6% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 50% das cirurgias cardíacas e neurológicas e 70% dos transplantes, sendo essencial no atendimento da saúde de média e alta complexidade, consubstanciando-se num instrumento estratégico para a política pública de saúde brasileira. (SODRÉ *et al*, 2013).

A luta do Movimento da Reforma Sanitária no ascenso da redemocratização que se iniciou na década de 1980 refletiu na importante vitória da integração dos hospitais universitários ao SUS, fato ratificado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990), em seu artigo 45:

Art.45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. (BRASIL, 1990).

Há, no Brasil, um total de 46 hospitais universitários federais, destes, em torno de 35 já firmaram Termo de Adesão com a EBSEH, tais hospitais formam um *mix* de políticas públicas voltadas tanto para a educação quanto para a saúde. No âmbito da educação, destaca-se a formação e pesquisa, com aulas e experiências trocadas entre professores e alunos, além do Ministério da Educação (MEC) arcar pela despesa de pessoal dessas instituições. No que tange ao Ministério da Saúde, há a responsabilidade do repasse de recursos financeiros de acordo com a pactuação de metas, estas não somente quantitativas como também qualitativas, numa mediação entre o Governo Federal e os Estaduais, respeitando o pacto federativo perante o Sistema Único de Saúde (SUS). (ANDREAZZI, 2013).

A seguir, detalhamos os argumentos em defesa da EBSEH, majoritariamente argumentos do Governo Federal, e os argumentos contrários à implantação da EBSEH, geralmente de movimentos sanitários e intelectuais progressistas.

2.2.1.1 Os Argumentos Governistas em Prol da EBSEH

O Governo alega que herdou uma espécie de “herança maldita” na administração dos hospitais universitários, que não conseguiram se estruturar como

hospitais autônomos e sustentáveis, do ponto de vista da gestão e das finanças. Como relata Sodré *et al.* (2013), o quadro apresentado pelos hospitais universitários federais era de insuficiência de pessoal, estrutura física inapropriada – o que refletia na precariedade do atendimento de alta complexidade – o que ocasionava fechamento de leitos e a contratação de forma precarizada de trabalhadores da saúde por meio do ato ilegal da terceirização.

Esse cenário forçou o Governo a lançar, no ano de 2010, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), instituído pelo Decreto nº 7.082, que também tratava sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas de educação e saúde e disciplinava o regime de pactuação global com os hospitais (BRASIL, 2010). O Programa iniciou, segundo o sítio eletrônico da EBSEH⁶⁸, uma tentativa de reestruturar fisicamente os hospitais universitários, abrangendo também ações que priorizava a área tecnológica, como por exemplo: criação e modernização dos parques tecnológicos, refinanciamento da rede com indicação de aumento do investimento na gestão e estrutura dos hospitais, melhorar os recursos humanos por meio de concurso público com contratos guiados pelo Regime Jurídico Único (RJU) e continuar reforçando o ensino, a pesquisa e a extensão com foco na assistência à saúde.

Além disso, o Governo alega que a EBSEH faz parte de um projeto nacional de Estado, público e republicano, pois esta empresa seria 100% de responsabilidade da União, sendo estatal e uninominal, que não participaria de forma alguma da especulação de ações via mercado financeiro internacional e atuaria com gratuidade por meio de hospitais públicos ligados ao SUS. (CARVALHO, 2013).

A EBSEH, segundo os argumentos do Governo, também respeitará as determinações que emergirão dos Conselhos de Saúde, órgãos de decisões democráticos decisivos que nortearão a política pública de saúde do Estado. Exemplo dessa postura democrática seria o caso em que cada reitor poderia assinar o contrato de adesão (a adesão é facultativa) mas este deveria ser aprovado, obrigatoriamente, pelo Conselho de Saúde e, principalmente, pela comunidade acadêmica, segundo o artigo constitucional da autonomia universitária.

⁶⁸ <http://ebserh.mec.gov.br/>

Sobre a questão das condições de trabalho, a alegação do Governo é que a EBSEH garantirá mais direitos para os trabalhadores, como o plano de cargos, carreiras e salários, além de ter seus direitos garantidos via realização de mais concursos públicos para efetivar mão de obra qualificada no corpo de servidores da EBSEH. Portanto, o ingresso dos trabalhadores na EBSEH será feito sempre por meio de concurso público, cabendo às contratações temporárias uma maneira de contratação excepcional, haja vista que, num prazo de 180 dias, serão ofertadas vagas temporárias, por meio de procedimento público simplificado, que somente poderão ser prorrogadas num prazo de cinco anos. E o fato jurídico importante no campo dos direitos trabalhistas é que todo trabalhador da EBSEH será regido pela CLT. (BRASIL, 2011).

Dessa forma, as universidades devem aderir a EBSEH, de acordo com o raciocínio governista, pois caso não acatem, poderão descumprir o acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) que ordena que seja suplantado esse cenário para que se regulamente a situação de mais de 50% de trabalhadores da EBSEH.

Sobre as finanças da EBSEH, esta empresa, que administrará conjuntamente com a Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) os hospitais universitários, tem o direito de gerar lucro por meio de oferta de serviços e este lucro será investido no atendimento do objeto social da empresa, com o desenvolvimento do capital humano e da estrutura técnica do hospital, tanto na questão dos serviços quanto no ensino ofertado à comunidade externa e interna.

Há, resumindo, três ideias caracterizadoras do projeto de criação da EBSEH: 1) como solução do problema da precarização e irregularidade do contrato da força de trabalho, via realização de concursos públicos por meio de regime celetista (CLT), o que não garante estabilidade; 2) a classificação de empresa pública facilitaria a autonomia financeira, normatização e procedimentos consentâneos com o intuito de realizar compras e contratações e; 3) a possibilidade de captar recursos próprios por meio da oferta de serviços. (ANDREAZZI, 2013).

Um dos maiores trunfos do Governo ao defender a implementação da EBSEH é que a empresa não apresenta nenhuma forma de privatização da saúde pública, pois, como relata Di Pietro (2011, p.213):

[...] *privatização*, em sentido amplo é um conceito que abrange todas as formas pelas quais se busca uma diminuição do tamanho do Estado,

podendo abranger a *desregulamentação* (diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico), a *desmonopolização* de atividades econômicas, a *privatização de serviços públicos* (quando a atividade deixa de ser serviço público e volta à iniciativa privada), a *concessão de serviços públicos* (dada a empresa privada e não mais a empresa estatal) e as *contratações de terceiros (contracting out)*, em que a administração pública celebra ajustes de variados tipos para buscar a colaboração com o setor privado, como os contratos de obras e prestação de serviços (a título de terceirização), os convênios, os contratos de gestão, os termos de parceria. (DI PIETRO, 2011, p. 213).

Portanto, a EBSEH é um ente estatal que pertence à administração indireta e sua criação não pode ser interpretada como uma privatização, no sentido técnico e jurídico do termo, pois não se está delegando serviços, muito menos a desconstituição da forma “serviço público” dos serviços ofertados pelo SUS em suas dependências. A conclusão governista sobre esse polêmico assunto é que a empresa preserva a vinculação entre o ente estatal e poder público. (SODRÉ *et. al.* 2013).

Dessa forma, foram apresentados os argumentos favoráveis à EBSEH. Na próxima parte deste capítulo, demonstramos os argumentos contrários à implementação da empresa em comento.

2.2.1.2 Os Argumentos Contrários à EBSEH

Contrariamente aos argumentos do Governo, a proposta apresentada para a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH denota o aprofundamento do debate sobre as instituições de direito privado no serviço público, introduzido em nosso país pelo Decreto-Lei nº 200, de 1967, em plena ditadura militar e retomada com o Governo de forte traço neoliberal do presidente FHC, via contrarreforma administrativa de Bresser Pereira por meio da crise dos hospitais federais no Rio de Janeiro nesse mesmo Governo.

A proposta específica da EBSEH explicita a defesa do privatismo dos hospitais universitários, pois a empresa criada pelo Governo - apesar de não trazer em sua insígnia a característica de Sociedade Anônima S.A. - traz como marca a possibilidade de subsidiar e patrocinar entidade fechada de previdência privada. (MARCH, 2012). A EBSEH funcionará baseando-se na transferência do patrimônio público, por meio do uso do fundo público para financiar e azeitar a relação com os setores privados; no campo dos direitos trabalhistas, também haverá uma

precarização massiva por meio de contratações com bases frágeis, flexibilizando os direitos dos trabalhadores do serviço público, ratificação de contratos de gestão com o fulcro de se estabelecer financiamento de políticas sociais e a possibilidade de auferir “lucro líquido” para o empresário responsável pela administração da EBSE RH por meio de venda de serviços e de pesquisas para o complexo médico-hospitalar e indústria de medicamentos. (MARCH, 2012).

Pilotto (2013) enumera as consequências da implementação da EBSE RH em três segmentos que apresentam ligações diretas com hospitais universitários: trabalhadores do SUS, usuários do SUS e estudantes da área de saúde.

Para os trabalhadores do SUS, há a opção de ser funcionário da EBSE RH via contratos precarizados por meio da proposta de contratação com base na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), ou seja, não há estabilidade e plano de carreira, facilitando uma alta rotatividade de funcionários, gerando um gasto para o orçamento público, pois com a saída de funcionários, devem-se abrir novamente concursos para vagas de temporários e celetistas, além de oferecer repetidamente cursos de formação. Além disso, não há como formar sindicatos fortes que defendam a categoria contra a precarização do ambiente de trabalho, o que pode ser considerado positivo pela cúpula gerenciadora da EBSE RH.

As implicações para os usuários do SUS, segundo Pilotto (2013) são igualmente graves pois pode acarretar em um serviço de “dupla porta de entrada”, ou seja, de um lado quem pode arcar financeiramente com planos privados de saúde, de outro a imensa maioria da população que depende exclusivamente do SUS; no primeiro caso, um atendimento que será obrigado a demonstrar metas de eficiência e agilidade, no segundo caso, o atendimento lento e de baixa qualidade. Essa é a perversão que se tem ao disponibilizar leitos privados dentro de um hospital público, como no clássico exemplo do Hospital das Clínicas de Porto Alegre – HCPA (usado como laboratório para a implementação da experiência da EBSE RH nos hospitais universitários do país), em que há 34 convênios particulares em sua estrutura, o que corresponde a praticamente um terço (33%) dos atendimentos, descaracterizando seu papel como integrante do SUS.

Para finalizar as condições daqueles que utilizam os hospitais universitários, também seriam prejudicados os estudantes da área de saúde, que não contariam com uma cultura permanente de professores e funcionários do hospital para compartilhar conhecimentos e experiências, além de poderem sofrer uma espécie de

exploração, principalmente por parte de residentes, haja vista que há denúncias de trabalho de até 80 horas semanais por parte desse grupo de estudantes. Também há a possibilidade de estudantes das universidades federais perderem espaço para estudantes de faculdades privadas na pesquisa e extensão realizadas, pois a EBSEH poderá escolher com qual universidade (independente de ser pública ou privada) firmará contratos de gestão, podendo optar pela mais rentável financeiramente.

Com a justificativa de que os hospitais universitários (HU's) são ambientes de formação para o serviço social e para as demais profissões da área de saúde, por meio de estágios e residências multiprofissionais, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) também se manifestou contrariamente à EBSEH, no dia 10 de janeiro de 2014, por meio do "CFESS Manifesta", relatando os principais prejuízos para a política pública de saúde.

Inicialmente, o CFESS também critica a precarização das relações de trabalho, citando os artigos 10 e 11 da Lei que instituiu a EBSEH (Lei nº 12.550, de 2011), que permite a contratação de funcionários por meio da CLT, por contrato temporário (art. 12) obedecendo, assim, um tempo determinado de vínculo, infringindo, dessa forma, o princípio da moralidade na administração pública.

O manifesto do CFESS critica também o prejuízo causado para o controle social e a participação dos setores que trabalham na saúde com a criação do Conselho de Administração da EBSEH, pois o art. 9º do Regimento Interno (RI) da empresa deixa claro que a representação dos trabalhadores se restringe a apenas 1 (um) representante, que não poderá participar de reuniões onde o assunto a ser tratado for referente a relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens, desmobilizando e praticamente anulando qualquer participação mais ativa de entidades que defenda os direitos trabalhistas.

O CFESS finaliza apresentando um ponto importante para o movimento sanitário, com fundamento no art. 26 da Lei nº 12.871/2013, lei esta que institui o Programa Mais Médicos, assinalando que, além da gerência dos HU's pelo país, a EBSEH também se responsabiliza por administrar os recursos repassados para o Mais Médicos, com o fito de promover ações imprescindíveis para o bom andamento do programa. Dessa forma, a EBSEH se consolida como mais um instrumento para fomentar o enfraquecimento do projeto do SUS, restringindo os princípios e diretrizes constitucionais e ampliando os tentáculos do mercado.

Outro manifesto contrário à EBSEERH foi de iniciativa da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde que, além de contemplar os argumentos contrários supramencionados, destaca outros retrocessos impetrados pela criação da empresa como, por exemplo, a ameaça de perda da autonomia universitária pois, a cúpula empresarial da EBSEERH teria ampla margem de manobra para firmar contratos, convênios, contratar técnico-administrativos, definir processos administrativos internos e definir metas em uma gestão de resultados; esse processo, segundo o manifesto, acabaria por enfraquecer a autonomia universitária, desrespeitando assim o art. 207 da Constituição Federal carecendo, segundo Dallari (2009), de lógica e razoabilidade jurídica.

O manifesto da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde também relata a preocupação em torno da quebra da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, o que ameaçaria a formação de estudantes e a parceria institucional de funções entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, inviabilizando o compromisso social frente às metas e resultados de gestão.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da moção nº 15, de 06 de outubro de 2011, também se posicionou de forma contrária à EBSEERH e, além de contemplar todos os argumentos apresentados até o momento neste trabalho, frisou o perigo que poderia significar o *modus operandi* da empresa em relação à terceirização e aos contratos de gestão, assim como o foco no lucro via parceria com instituições privadas, podendo incorrer na prática de corrupção, clientelismo, nepotismo e cultura do favor, pois há uma relação de simbiose entre o financiamento público e setor sanitário privado.

O CNS indica em sua moção que os Governos foram responsáveis por realizar um projeto proposital de sucateamento e marginalização dos HU's com o objetivo de privatizar o setor para abrir mais um nicho de atuação para os grandes empresários da saúde que financiam as campanhas eleitorais e depois querem cobrar a fatura. Ao fim da moção, o CNS apresenta repúdio à criação da EBSEERH.

O quadro nº 1, sintetiza a seguir, 10 pontos contrários à EBSEERH, elaborado pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, resume de forma sucinta e objetiva as consequências da implementação da EBSEERH no desenvolvimento dos serviços de saúde em nosso país:

Quadro 1 – 10 motivos para ser contra a EBSERH

Sem a EBSERH		Com a EBSERH	
1	A universidade e o serviço de saúde público têm autonomia	1	A universidade e o serviço de saúde seguem o interesse de um empresário
2	Estão sob o controle social do SUS	2	Não precisam se preocupar em prestar contas e seguir o controle social do SUS
3	Não tem interesse de lucro nas suas atividades. O objetivo é servir bem a população e construir novos conhecimentos	3	O lucro será o objetivo final. Quem ganhará? A saúde do trabalhador, a qualidade da assistência? Ou o lucro do empresário?
4	Os trabalhadores são ligados por diretrizes federais. Têm sindicatos nacionais que representam seus direitos. Os avanços e as lutas se fazem para todo o servidor independente do estado federativo que trabalha	4	Os trabalhadores podem ser fragmentados por seus estados federativos de origem. Com desigualdades regionais nos direitos. Dificultando a luta nacional unificada e aumentando a precarização do trabalho em saúde
5	Se mantém vivo o sonho e a luta de um SUS 100% estatal, de qualidade, autônomo ao capital privado e sob administração direta do Estado	5	Legalizaremos as fundações Estatais de Direito Privado que já estão implantadas ilegalmente em alguns estados federativos, bem como, criaremos outras modalidades privadas de gestão do SUS
6	O servidor tem vínculo RJU e ingressa sob concurso público, com estabilidade e condições de lutar pelos seus direitos. Tem condições de pensar no seu futuro e no futuro do SUS	6	O trabalhador será contratado por CLT. Pode ser contratado por indicação e demitido a qualquer momento. Não possui condições de lutar por seus direitos e pensa no máximo se no mês seguinte ainda estará empregado
7	A porta de entrada dos usuários é 100% pública	7	A porta de entrada será dividida entre quem tem plano de saúde e condições de pagar e quem não tem. Aumenta a desigualdade de acesso e rompe com a universalidade do SUS
8	A pesquisa é de responsabilidade da universidade pública. O produto das pesquisas também!	8	O EMPRESÁRIO poderá usar os serviços e os trabalhadores para enriquecer com as pesquisas feitas nos locais públicos, retirando a autonomia das universidades estatais
9	O material comprado e a tecnologia adquirida por compra ou pesquisa sempre será público!	9	Todo material e toda a tecnologia comprados ou adquiridos por pesquisa durante a gestão da EBSERH serão dela. Permitindo inclusive que ao final da gestão o EMPRESÁRIO leve tudo. Deixando o serviço e o servidor público em terra arrasada!

10	Os serviços públicos e a pesquisa nas universidades públicas no Brasil são patrimônio público! Nos permite lutar por eles e buscar a melhora da qualidade, das condições e direitos do trabalhador e da saúde do povo brasileiro!	10	Os argumentos são os mesmos da defesa das fundações estatais de Direito Privado. Mostrando e escancarando a contra-reforma do Estado que está em curso atualmente. Entregando aos empresários os serviços públicos, colocando o lucro em rota de colisão com a qualidade da assistência, a saúde do povo brasileiro e os direitos do trabalhador da saúde!
----	---	----	--

Fonte: Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

Analizamos, portanto, o retrocesso institucional da criação da EBSERH, com argumentos pró e contra a sua implementação. A seguir, vemos outro retrocesso institucional: a não aprovação dos 10% da receita corrente bruta da União na regulamentação dos investimentos dos entes federados na saúde pública brasileira.

2.2.2 A Não Aprovação dos 10% da Receita Corrente Bruta da União como Investimento no SUS

O artigo 198, §3º, da Constituição Federal de 1988 determinou que, por meio de Lei Complementar a ser aprovada pelo Congresso Nacional, seriam definidos os percentuais a serem gastos pelos entes da Federação (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) na área da saúde pública, delineando critérios de reavaliação, normas de controle e fiscalização.

No ano de 2000, 12 anos após a promulgação da Constituição, deu-se a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, regulamentando o §3º do artigo 198 da Constituição Federal ao definir a vinculação dos investimentos que seriam destinados à saúde pública pelos entes da República, deixando ao Congresso Nacional a tarefa de regulamentar a questão de maneira a garantir que os recursos orçamentários sejam, efetivamente, aplicados no SUS.

Ficou estipulado que os municípios deveriam investir um percentual mínimo de 15% de suas receitas, os Estados, 12%, o Distrito Federal entre 12 e 15%, conforme a fonte de receita, se estadual ou distrital; e a União deveria investir no ano 2000, 5% a mais sobre o valor de 1999 e que, a partir dos anos seguintes, o valor a ser investido deveria ser corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A Emenda Constitucional nº 29, que vigoraria somente até o ano de 2004, até a aprovação de Lei Complementar sobre a matéria, só foi acionada novamente

por causa da derrota do Governo Federal em dezembro de 2007 no caso da negativa à continuação da vigência da CPMF⁶⁹, que era conhecida como “imposto da saúde”.

Somente em 21 de setembro de 2011, depois de 11 anos de avanços e retrocessos nos debates parlamentares, a EC 29 conheceu seu processo de regulamentação por meio da aprovação do Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 306, de 2008, na Câmara dos Deputados e, em seguida, por sua aprovação pelo Senado Federal em 07 de dezembro de 2011, sancionado pela presidente Dilma Roussef em 15 de janeiro de 2012 por meio da Lei Complementar nº 141, de 2012.

A sanção da presidente veio acompanhada de uma série de vetos – 15 dispositivos foram vetados – entre eles pode-se destacar o veto sobre ajustes nos cálculos, caso haja revisão da variação do PIB de anos anteriores, para evitar “instabilidade na gestão fiscal e orçamentária”, segundo texto de justificativa do veto; em linguagem clara, o veto é justificado pela necessidade de se fazer caixa para o pagamento do superávit primário. (CARVALHO, 2012).

Houve veto com o escopo principal de obstaculizar qualquer possibilidade de retorno da discussão sobre a criação de uma Contribuição Social à Saúde (CSS) para substituir as perdas financeiras da CPMF, lembrando que ambas as ideias de impostos foram barradas pelo Congresso, a primeira não chegou a existir e a segunda não foi prorrogada.

Esses vetos perpetrados pela presidência da República apresentam como principal objetivo impedir que a União destinasse percentuais fixos de recursos orçamentários para a saúde pública brasileira. Tanto é assim que o Poder Executivo exerceu forte pressão em sua bancada governista no Congresso para que não fosse aprovada a proposta de destinação de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde, conforme proposta apresentada na Câmara.

Segundo Mendes (2012), depois de toda a tramitação via processo legislativo, durante todos esses anos, o setor progressista não logrou êxito na criação de uma determinação legal de disponibilidade, pela União, de um percentual mínimo de 10% da receita arrecadada para investimento na saúde pública brasileira. Não há nenhum recurso financeiro federal destinado para a ratificação do princípio da universalidade da saúde, conforme cita a Constituição do Brasil.

⁶⁹ Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira.

Mendes (2012) ainda afirma que, caso o Projeto de Lei iniciado no Senado (PLS) nº 121, de 2007, de autoria do senador Tião Viana fosse aprovado, o Ministério da Saúde acrescentaria em seu orçamento, somente no ano de 2011, um total estipulado em R\$ 32,5 bilhões (valor este garantido pelo repasse de 10% da receita corrente bruta da União, que estava normatizado no projeto).

A não aprovação de um percentual fixo mínimo de investimento federal para a saúde foi um retrocesso para o movimento sanitário, pois caso tivesse sido aprovada seria uma considerável chance para o resgate da responsabilização orçamentária da União com a efetividade dos compromissos por uma saúde de qualidade, pública, universal, gratuita e integral. Para exemplificar esse retrocesso, os investimentos realizados pela União na saúde vêm caindo consideravelmente, se analisarmos sua receita corrente bruta. Segundo Carvalho (2013), houve uma queda do gasto da União para a sustentação do projeto SUS. Em 1995, no auge do neoliberalismo, o Ministério da Saúde dispunha de 11,72% da receita corrente bruta da União, já em 2011, com um governo supostamente de esquerda, esse mesmo investimento caiu para 7,3%. Mendes (2012) destaca essa queda analisando séries históricas, ao afirmar que, de 1995 a 2001 (Governo FHC), as receitas correntes brutas da União representaram uma média de 8,37%, enquanto de 2002 a 2009 (majoritariamente Governo Lula), a média foi de 7,1%, evidenciando o retrocesso do subfinanciamento de uma das políticas públicas mais importantes do país.

Frente a esse retrocesso socioeconômico, o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública lançou, no dia 13 de março de 2012, o Movimento “Saúde + 10”, com o intuito de colher 1,5 milhão de assinaturas por todo o Brasil para propor um Projeto de Lei de Iniciativa Popular defendendo que a União repasse, no mínimo, 10% de sua receita corrente bruta para a saúde.

O Movimento conseguiu colher 2,2 milhões de assinaturas (700 mil a mais do que o exigido constitucionalmente) gerando o Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 321, de 2013, de iniciativa popular, que apresenta como ementa a “alteração dos dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012”, requerendo a “aplicação pela União de montante igual ou superior a dez por cento de suas receitas correntes brutas, em ações e serviços públicos de saúde”.

Apesar da vitória na coleta de assinaturas e, de forma parcial, obter sucesso no convencimento da população sobre a importância do financiamento do SUS, o PLP 321/2013, resultado de iniciativa popular, foi apensado a outro Projeto de Lei

Complementar, o PLP 123, de 2012, que “regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União”. Defende, na explicação da ementa, que a União deve aplicar o mínimo de 10% de sua receita bruta. O PLP do Movimento Saúde +10 sendo apensado a outro PLP, gerou desconforto e frustração nos ativistas do movimento sanitário, pois consideraram que era uma maneira de enfraquecer a iniciativa popular e de boicotar o processo de conscientização em si.

O movimento sanitário, principalmente representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e Movimento Saúde +10, deve permanecer atento aos próximos passos da tramitação do PLP 123, de 2012, pois se decidirá, no plano institucional, se permanecerá o retrocesso em relação ao financiamento da saúde ou se a iniciativa popular poderá, enfim, ver avançar um aspecto de fortalecimento do SUS, conforme a Constituição Federal.

Assim, finalizamos o capítulo sobre os retrocessos sanitários, tanto do ponto de vista doutrinário, quanto do ponto de vista institucional. No próximo capítulo, discutimos as alternativas para confrontar os retrocessos sanitários e efetivar, de forma progressista, o direito à saúde conforme os ditames da Constituição brasileira de 1988, respeitando os princípios e diretrizes do SUS.

CAPÍTULO 3

3 ALTERNATIVAS DE ENFRENTAMENTO AOS RETROCESSOS SANITÁRIOS: O PRINCÍPIO DA PROIBIÇÃO DO RETROCESSO SOCIAL E A AUDITORIA CONSTITUCIONAL DA DÍVIDA PÚBLICA

3.1 Dos Princípios

Antes de analisarmos o princípio da proibição do retrocesso social, discutimos a importância dos princípios jurídicos na interpretação do texto normativo e suas consequências no contexto social. Apresentamos, de forma sucinta, teses sobre a teoria dos princípios baseadas em Esser (1961), Larenz (2001), Dworkin (2010) e Alexy (2011).

Jossef Esser (1961) destaca as peculiaridades das normas, nas quais estariam embutidos regras e princípios, observando as diferenças entre ambos: enquanto as regras determinariam as decisões, os princípios estabeleceriam fundamentos que lastreariam determinado mandamento posto em texto jurídico. Para Esser (1961), os princípios enunciariam a essência das normas, os quais trariam em si a resposta correta à determinada demanda, enquanto as regras seriam apenas a aparência das normas jurídicas. Os princípios seriam o motor do direito, dariam o caminho a seguir, o direito seria complementado pelos princípios como um direito em ação.

Já Karl Larenz (2001), define os princípios num raciocínio dialético, os princípios, resultado de outros subprincípios, seriam clarificados quando interpretados à luz dos casos concretos, e estes seriam considerados verdadeiramente como casos concretos do sistema jurídico quando, além da

interpretação pelas regras positivadas, também estariam sendo interpretados pelos princípios, que preencheriam qualquer brecha deixada pela regra, a complementando. Larenz (2001), assim como Esser (1961), defende que os princípios abrem o caminho para a interpretação do caso concreto pelo operador do direito, direcionando-o em sua decisão.

Ronald Dworkin (2010) interpretou os princípios de forma corajosa, ao confrontá-los com o positivismo jurídico, indicando que, principalmente em casos complexos e difíceis (*hard cases*) como, por exemplo, a efetivação do direito à saúde ou a concessão de medicamentos para quem necessitar, fosse utilizado não apenas as regras mas os princípios e as diretrizes políticas, ratificando que a Constituição deve ser interpretada também como uma Carta Política, um programa de Estado.

Dworkin (2010) diferencia regras, política e princípios. Regras seriam as normas positivadas, o que refletiria numa interpretação simplista do direito num caso concreto, seria uma interpretação na base do “tudo ou nada”; ou a regra enuncia uma afirmativa ou uma negativa, não conseguindo destrinchar o caso de forma mais complexa e aprofundada. A política seria um objetivo a ser alcançado, uma ação positiva nos aspectos econômico, social ou político com o fulcro de melhoria para a comunidade. Já os princípios seriam muito mais do que um padrão a ser observado, mas uma imposição de justiça, ou equidade ou outro aspecto de moralidade que seriam ponderados segundo a especificidade do caso concreto, ou seja, um princípio nunca invalidaria outro, apenas se sobressairia a depender do caso analisado. Para Dworkin (2010), os princípios sempre apresentam força normativa.

Para finalizar o entendimento sobre a importância dos princípios, Robert Alexy (2011) defende, complementando a tese de Dworkin (2010), que os princípios são mandados de otimização, ou seja, podem ser interpretados e efetivados em diferentes graus, diferentemente das regras que, ou são efetivadas ou não são, perdendo, desta forma, sua eficácia e validade. Para Alexy (2011), quando há colisão de princípios em um determinado caso, há que se interpretar o princípio baseado em seu peso, ponderando um sobre o outro e não anulando um ao outro; diferentemente da interpretação baseada no positivismo jurídico ao gosto de regras, na qual a colisão é resolvida com base na validade, sendo que uma regra é válida ou não em um caso a decidir.

Portanto, para esses autores defensores dos princípios como instrumento de interpretação de normas jurídicas, o direito no caso concreto deve ser resolvido não somente apoiado em normas-regra, mas, principalmente, em normas-princípio, para que a decisão seja a mais balizada e justa possível, de acordo com a complexidade e profundidade do caso, não analisando somente sua aparência (regras), mas, primordialmente, sua essência.

Depois dessa análise fundamentada sobre a função dos princípios como método de interpretação jurídica, passamos a desenvolver o princípio que apresentamos como alternativa para combater os retrocessos sanitários: o princípio da proibição do retrocesso social.

3.2 O Princípio da Proibição do Retrocesso Social: Histórico e Desenvolvimento na Europa⁷⁰

Para uma inicial conceituação sobre o princípio da proibição do retrocesso social, afirma-se que ele está inserido na possibilidade de reconhecimento do grau de vinculação do agente do Estado, seja este de quaisquer poderes – Legislativo, Executivo ou Judiciário – (MONTESQUIEU, 2000) aos ditames constitucionais relativos aos direitos sociais. Uma vez alcançado determinado grau de concretização de uma norma constitucional definidora de direito social - aquela que descreve uma conduta, omissiva ou comissiva, a ser seguida pelo Estado ou por particulares - fica o agente do Estado proibido de suprimir ou reduzir essa concretização sem a criação de mecanismo equivalente ou substituto. (ALVES, 2013; MIOZZO, 2012).

A doutrina e jurisprudência europeias, partindo de um método lógico-dialético, demonstram a ambivalência da bivetorialidade (DERBLI, 2007) que caracteriza o agir do Estado em relação aos direitos sociais. Ou seja, na medida em que há uma obrigação de concretizar um direito, assim como a criação de normas infraconstitucionais, há, ao mesmo tempo, um dever anexo de não tomar medidas retrocessivas, que vão de encontro às conquistas ratificadas em termos de

⁷⁰ Analisa-se o Princípio da Proibição do Retrocesso Social para além de sua provável definição no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), no art. 2º.1: “Cada um dos Estados Signatários do presente Pacto se compromete a adotar medidas, tanto isoladamente quanto mediante a assistência e a cooperação internacional, especialmente econômicas e técnicas, até o máximo dos recursos de que disponha, para **progressivamente** obter, por todos os meios apropriados, inclusive a adoção de medidas legislativas em particular, a plena efetividade dos direitos aqui reconhecidos.” (grifo nosso).

legislação, com o escopo de usurpá-las, relativizá-las ao alvedrio do momento, sob pena de deixar de cumprir, por via reflexa, o dever concretizador dos direitos sociais.

Importante observar a construção da legitimidade deste raciocínio: as conquistas sociais na Europa - antes do apogeu do neoliberalismo da década de 1980, tendente a enfraquecer as prestações sociais do Estado, em nome da liberdade econômica (ANDERSON, 1995) – já estavam consolidadas após anos de forte atuação do Estado Social⁷¹ na maioria dos países europeus. Esta constatação deve ser sublinhada, pois a elaboração da cláusula da vedação do retrocesso pressupõe um Estado Social já realizado ou legitimado em normas constitucionais, ou seja, parte da ideia de que o dever positivo de concretizar os direitos fundamentais sociais, impostos pela Constituição, já tenha sido minimamente legitimado e cumprido, originando, desta forma, uma garantia de preservação das conquistas atingidas. (ALVES, 2013; DERBLI, 2007).

Esse pensamento juspolítico, que originou o princípio ora estudado, obteve reflexo na maioria dos países da Europa Ocidental, destacando-se especificamente em três deles: Alemanha, Itália e Portugal. Estes, por apresentarem uma tradição jurídica romano-germânica que influenciam nosso constitucionalismo pátrio, servem de parâmetro para a introdução do tema em seu sentido histórico-jurídico⁷².

A seguir, analisa-se como esse princípio se desenvolveu em cada um desses países.

3.2.1 O Princípio da Proibição do Retrocesso Social na Alemanha

A Alemanha é um caso clássico quando se trata da análise da origem do princípio da proibição do retrocesso social por dois fatores primordiais: atuação do *Bundesverfassungsgericht* (Tribunal Constitucional Federal da Alemanha) e ampliação do conceito de propriedade relacionada especificamente aos direitos dos aposentados – que estavam sendo ameaçados.

⁷¹ Apesar do surgimento do Estado Social de vertente bismarckiana no século XIX, especificamente neste trabalho definimos Estado Social o Estado keynesiano-fordista pós crise de 1929 e que atingiu seu ápice com os denominados “anos de ouro do capitalismo” pós II Guerra Mundial, de 1945/1975, portanto, também de vertente beveridgiana do século XX. (SALVADOR, 2010).

⁷² Apesar das diferenças político-econômicas entre a Europa Central, representada pela Alemanha, e pela Europa do Sul, representada por Itália e Portugal.

Depois de ter passado por duas guerras mundiais, sendo seu território dividido geograficamente por quatro países sob duas ideologias⁷³ por meio de um muro e com uma das maiores inflações do continente, resultado de uma forte crise econômica que quase paralisou o país, o Tribunal Constitucional resolveu resgatar as melhores “tradições weimarianas”⁷⁴ ampliando o conceito de propriedade, não sendo esta considerada apenas como bens móveis ou imóveis mas, também, como bens que estariam garantidos ulteriormente por lei, o que podemos classificar como propriedade *a posteriori*, ou expectativa de propriedade já que o modelo clássico de propriedade (baseado no modelo civilista) estava, por essas condições conjunturais e concretas de crise pós-guerra, praticamente destruído. (BÖCKENFÖRDE, 1993).

Alves (2013) explica essa situação, em um julgamento decidido pelo Tribunal Constitucional Federal da Alemanha em plena crise do Estado Social em prol de ação - similar ao nosso mandado de segurança⁷⁵ - movida pelo sindicato dos aposentados deste país contra o Governo vigente à época (Helmut Kohl) como o delineamento do princípio da proibição do retrocesso social. O argumento para que se apontasse o dispositivo constitucional que garantisse a propriedade, abrangeria quaisquer direitos subjetivos privados de natureza patrimonial, como o pagamento das aposentadorias e não apenas a propriedade como direito real. Com isso, poderia oferecer aos indivíduos segurança quanto aos seus direitos patrimoniais relativos à seguridade social, especificamente, neste caso, a previdência. Trata-se de conceito funcional de propriedade, que se aproxima da “propriedade social”⁷⁶ (CASTEL, 2010) considerada como intransferível e indisponível para a venda no mercado.

A partir dessa decisão, que teve reflexos em todo o ordenamento juspolítico alemão, os bens dos cidadãos germânicos não compreendiam somente os bens que

⁷³ Alemanha Ocidental, sob comando dos Estados Unidos capitalista e Alemanha Oriental, sob domínio da União Soviética socialista.

⁷⁴ O termo “tradições weimarianas” significa um resgate histórico à República de Weimar que vigorou de 1919 a 1923 na Alemanha. A Constituição de Weimar (*Weimare Verfassung*) era o documento que vigia neste período e representava a crise e declínio do Estado Liberal do século XVIII e a ascensão do Estado Social do século XX. Juntamente com a Constituição do México(1917) e da União Soviética (1918), teve importância paradigmática ao consagrar direitos sociais como educação, saúde, trabalho, previdência, cultura etc, fato pioneiro na história e que influenciou várias outras constituições ao redor do mundo. (TRINDADE, 2011).

⁷⁵ Mandado de Segurança refere-se a uma ação que tem como principal objetivo assegurar um direito líquido e certo.

⁷⁶ Castel (2010) trata da propriedade social no capítulo VI da Segunda Parte – Do Contrato ao Estatuto - de sua clássica obra “As Metamorfoses da Questão Social”, abordando uma série de documentos e autores para construir seu argumento em prol de uma propriedade social.

titularizavam, mas também, e, principalmente, os rendimentos próprios do seu trabalho ou os que, posteriormente, viessem a substituir, como no caso dos proventos de aposentadoria. Conclui-se que a aposentadoria era uma propriedade e estaria garantida não apenas nos casos dos direitos adquiridos, como também nos casos em que se verifica mera expectativa de direito, devendo ser protegida pelo princípio da proibição do retrocesso social, ampliando, desta forma, a hermenêutica jurídica em prol dos aposentados e, por via reflexa, de toda a população. (HESSE, 1998).

Portanto, o Tribunal Constitucional Alemão estendeu aos direitos patrimoniais em face do Estado a vinculação entre o direito de propriedade privada e sua função social contida na liberdade individual, na medida em que a liberdade na esfera patrimonial é sucedânea da autonomia de cada um para conduzir sua existência perante as intempéries do quadro histórico que guia a coletividade-povo. (ZIZEK, 2013). Logo, a supressão de direitos subjetivos públicos de natureza patrimonial, sem a existência de compensação, seria inconstitucional. Sendo assim, as aposentadorias e pensões e o seguro-desemprego que formariam a seguridade social seriam benefícios previdenciários em que a proteção constitucional em questão se apresentaria. (KRELL, 2002) ⁷⁷.

Essa ampliação não se restringiu apenas ao conceito, mas também ao ramo jurídico, pois a propriedade saía da análise do ramo civilista de direito e também passava a fazer parte das interpretações advindas do ramo constitucionalista do direito, onde estava sendo sedimentado o princípio da proibição do retrocesso social.

3.2.2 O Princípio da Proibição do Retrocesso Social na Itália

Diferentemente da Alemanha, onde a construção do princípio da proibição do retrocesso social foi resultado de um Tribunal constituído - um grupo de juristas que explicitavam seus posicionamentos por meio de acórdãos - pode-se dizer que na Itália a formulação do princípio foi resultado de elaborações de apenas dois constitucionalistas: Ballardore Pallieri e Gustavo Zagrebelsky.

⁷⁷ A Lei Fundamental de Bohn (Constituição Alemã) de 1949, não explicitava direitos sociais, porque era considerada uma Constituição provisória até a nova reunificação que aconteceria em 1990. Portanto, a seguridade social era muito mais uma interpretação doutrinária e jurisprudencial do que contida em texto normativo constitucional.

Pallieri (1963), para sustentar a tese do princípio da proibição do retrocesso social, enumera hipóteses em que a Constituição italiana (1947) estabelece para o legislador a obrigação de editar ato normativo. O raciocínio de Pallieri dialoga com Silva (2014) sobre a efetividade das normas constitucionais, de eficácia plena, limitada e contida.⁷⁸

Pallieri (1963) divide os direitos fundamentais sociais da Constituição em dois agrupamentos: os de eficácia contida e de eficácia limitada. O primeiro deles diz respeito às normas constitucionais em que se prevê, de forma integralmente nítida, o conteúdo de um direito individual, cabendo ao legislador estabelecer limites razoáveis ao seu exercício; enquanto o segundo grupo diz respeito às normas constitucionais que se dirigem primordialmente ao legislador, de modo que sem a edição de lei, não poderão gerar todos os seus efeitos.

Pallieri (1963) destaca que seria inconstitucional qualquer lei que dispusesse em contrário ao que a Constituição emana e, uma vez dada execução à norma constitucional, o legislador ordinário estaria terminantemente proibido de contribuir para retornar a uma situação de ausência ou insuficiência de regulamentação infraconstitucional, revogando a lei antes editada. Estaria, nesta elaboração, o princípio da proibição do retrocesso social.

Zagrebelsky (2011) também vai pelo mesmo caminho ao afirmar que as normas constitucionais que garantem os direitos fundamentais sociais produzem a proibição de que a lei retorne ao estágio anterior de sua concretização, ratificando desta forma o pensamento de Pallieri (1963) e sistematizando de forma incisiva o princípio da proibição do retrocesso social na Itália. O constitucionalista italiano explica que, mesmo que se entenda que os direitos sociais insculpidos na Constituição não sejam direitos subjetivos e, conseqüentemente, produzam apenas uma obrigação política para o legislador, as normas constitucionais que impõem o progressivo desenvolvimento dessa espécie de direitos resultarão na vedação de que a lei retrocesse e retorne ao estágio inicial de sua concretização.

Ressalte-se que este pensamento italiano se igualará em vários pontos ao pensamento lusitano sobre o princípio ora estudado haja vista que se tratou da impossibilidade, uma vez dada a concretização em sede legislativa da norma

⁷⁸ Silva (2014) consolidou no Direito brasileiro sua “Teoria da Efetividade e Aplicabilidade das Normas Constitucionais”, classificando-as em normas constitucionais de aplicabilidade imediata e de eficácia plena; de aplicabilidade imediata e de eficácia contida ou restringível e de aplicabilidade mediata e de eficácia limitada.

constitucional, de uma revogação dessa disciplina legal idônea a gerar retorno a um estado equivalente à omissão do legislador ou de qualquer agente do Estado.

3.2.3 O Princípio da Proibição do Retrocesso Social em Portugal

A análise do princípio da proibição do retrocesso social em Portugal é bastante rica e profunda, influente e influenciada por outros constitucionalistas, Portugal marcou de forma especial este estudo com vários conceitos e análises que demonstramos a seguir.

Primeiramente, constatamos uma mudança profunda na conjuntura política de Portugal no início da década de 1970. O país derrotava um regime totalitário com a Revolução dos Cravos de 1974 e estava sob a guarda da Constituição Democrática de 1976 que influenciaria toda uma geração de constitucionalistas. Mas, poucos anos depois, Portugal também sucumbe às mudanças promovidas pelo neoliberalismo, principalmente em relação à diminuição dos investimentos em políticas públicas e embarca num período de crise e de retirada dos direitos fundamentais sociais. (ARCARY, 2007).

O exemplo mais gritante desse período de crise do Estado Social português – que atingiu seu ápice na década de 1980 - foi a tentativa de extinguir o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que é um serviço público universal para os seus cidadãos, com o intuito de privatizar completamente o setor. (CANOTILHO, 1998).

Tal manobra foi rechaçada pelo Tribunal Constitucional na figura do Conselheiro Vital Moreira, que, como relator, proferiu uma das maiores defesas dos direitos sociais com base no princípio da proibição do retrocesso social Moreira (1991) explanou que o SNS era o instrumento da realização do direito à saúde, portanto, constituía um elemento integrante de um direito fundamental dos cidadãos, e, por isso, era uma obrigação do Estado. O direito à saúde, subsumido no SNS, era uma norma constitucional que assumia a natureza de uma verdadeira e própria imposição constitucional, concreta e permanente. Conclui relatando que os direitos sociais traduzem-se para o Estado em obrigação de fazer, e nunca podem ser abolidos uma vez criados.

Canotilho (1998), ao mesmo tempo em que defende de forma firme e segura os direitos sociais evocando o princípio da proibição do retrocesso social, também duvida de sua capacidade de conter as mudanças promovidas pela globalização

neoliberal, chegando, até mesmo, a propor em sua obra “*Rever ou romper com a Constituição Dirigente?*”, um “constitucionalismo moralmente reflexivo” onde a contratualização⁷⁹ estaria acima das normas constitucionais.

Canotilho (1998) advoga que em função do princípio democrático, o legislador ou qualquer agente do Estado tem liberdade de atuação e legitimidade para estabelecer a disciplina infraconstitucional dos direitos sociais, podendo até mesmo alterá-lo se tiver uma alternativa de mesma eficácia, mas que jamais o agente do Estado poderá restringir de forma arbitrária o acesso aos direitos sociais previstos na Constituição e concretizados em lei.

Miranda (2014) defende que as normas constitucionais devem ser legitimadas e consolidadas pela obtenção de um consenso básico perante a sociedade, por um tipo de pertencimento, daquilo que, se a *priori* era necessidade, vai-se tornando, pouco a pouco, uma naturalidade.

Todas essas contribuições fizeram com que o pensamento português sobre o instituto ora estudado fosse adquirindo contornos mais híbridos e flexíveis, diferenciando da proteção ampliada dos direitos sociais demonstrados na Alemanha e, em menor grau, na Itália.

Atualmente, o Tribunal Constitucional Português, frente às mudanças ocorridas na década dos anos 2000 - consolidação do capital financeiro e contínua perda da soberania do Estado, principalmente em uma região periférica da Europa - e fundamentando-se no regime democrático de escolha livre de legisladores e no supramencionado “consenso básico”, consenso conquistado na sociedade sobre a consolidação de um núcleo central e basilar de um direito fundamental, considera que o princípio da proibição do retrocesso social deve-se ater única e exclusivamente à preservação do núcleo central dos direitos sociais, aproximando-se do que a doutrina denomina de “mínimo existencial”⁸⁰, tendo o cuidado de diferenciar os direitos sociais dos direitos da liberdade. (MIRANDA, 2014).

⁷⁹ Essa contratualização tem pouco a ver com a que foi fundada na idéia moderna de contrato social, pois passou a assentar na idéia do contrato de direito civil, entre indivíduos, e não na idéia do contrato social, entre agregações coletivas de interesses sociais divergentes. Baseada num consenso liberal, a nova contratualização é, como contratualização social, um falso contrato, uma mera aparência de compromisso constituído por condições impostas sem discussão ao parceiro mais fraco do contrato (hipossuficiente), num rito sumaríssimo, sem direito à ampla defesa e ao contraditório. (SANTOS, 2013).

⁸⁰ O mínimo existencial foi tratado no capítulo anterior (capítulo 2), como um retrocesso sanitário doutrinário.

Como foi visto, o Direito português está bem desenvolvido no debate em torno do princípio da proibição do retrocesso social, transformando-se numa importante referência sobre o assunto.

3.2.4 Atualidade do Princípio da Proibição do Retrocesso Social na Europa

Destaca-se que o princípio da proibição do retrocesso social entra numa nova fase com a recente crise econômica que se iniciou nos EUA (crise imobiliária de 2007/08) e, que, no decorrer destes mais de cinco anos, assola países de todas as regiões da Europa, colocando em risco a manutenção do Euro (moeda) e da União Europeia, tendo consequências gravíssimas sobre o que restou da Constituição Dirigente e de seus direitos sociais.

O sistema capitalista tem uma característica marcante: seu aspecto anárquico de produção e reprodução do capital, não respeitando planejamentos sistemáticos muito menos controles originados de direitos sociais constitucionalizados. O que interessa é o lucro dos detentores dos meios de produção, legitimados por uma espécie de *lex mercatoria* sob a proteção dos aparelhos ideológicos e de repressão do Estado. (ALTHUSSER, 2007).

Segundo Mandel (1982), esse sistema se divide em: concorrencial (no século XIX), imperialista clássico (final do século XIX até a crise de 1929) e capitalista tardio (do final da Segunda Guerra Mundial até hoje em dia) sempre se caracterizando por longas ondas de expansão e depressão, ou seja, as crises do sistema capitalista são cíclicas, sempre aconteceram e sempre acontecerão enquanto este sistema prevalecer ocasionando vários retrocessos sociais.

Essa crise econômica atual originou-se na maior potência do globo, os Estados Unidos, com o estouro da bolha imobiliária, atingindo, por sua total interdependência, os mercados mundiais, especialmente a União Europeia e seus países com sistemas econômicos mais dependentes, pejorativamente denominados de PIIGS (Portugal, Itália, Irlanda, Grécia e Espanha).

Baseado em Chesnais (2005), Belluzzo (2013), Mészáros (2009) e Salvador (2010), os principais retrocessos sociais originados desta crise econômica são:

a) Radicalização do capital financeiro, denominado também de *hot money*, de investimento de curta duração, que tem como objetivo principal especular nas bolsas de valores, consubstanciando em ganhos rápidos para donos de bancos,

executivos e gerentes das agências de investimento e fundos de pensão por meio de crédito fácil sem lastro real perceptível;

b) Enfraquecimento do capital produtivo e industrial, já que este, na busca de ganhos rápidos, associou-se com o capital financeiro gerando desemprego e desindustrialização na maioria dos países;

c) Transferência do fundo público e orçamento social para o capital financeiro internacional mediante pagamento de dívidas, juros e amortizações;

d) Esforço para gerar superávit primário, mediante câmbio flutuante, metas de inflação, taxas de juros, atentando contra a soberania dos países que não possuem margem de manobra para o controle necessário;

e) Superexploração dos trabalhadores para geração de mais valia via desemprego recorde para aumento do exército industrial de reserva, aumento também dos subempregos com baixíssimos salários;

f) Desconstitucionalizações, privatizações, austeridade fiscal, retirada ou restrição dos direitos sociais, econômicos e culturais.

Tal crise econômica originou também retrocessos sociais na seara política com consequências indecifráveis. O que podemos dizer do retrocesso político é que, em uma análise dialética, há um aspecto negativo e um aspecto positivo cheio de contradições que podem abrir uma crise sem precedentes no sistema.

O aspecto negativo é sobre o atentado ao Estado Democrático de Direito. Governos como os da Itália e da Grécia foram capitaneados por burocratas, sem nenhum voto popular, impostos por organismos internacionais por meio de coação e chantagem. O Poder Executivo, Legislativo e Judiciário da maioria dos países relegam à margem os reclames sociais do povo, objetivando a todo custo atender aos especuladores e credores dos títulos que sangram os direitos e orçamentos sociais, evidenciando um atentado explícito à soberania desses países, ocasionando uma constante desconstitucionalização - supressão ou restrição de normas constitucionais que obrigavam o Estado a realizar políticas públicas - e despublicização, quando há uma ingerência do setor privado em setores que antes prevaleciam o público, sem respeito ao controle de constitucionalidade e aos procedimentos legais.

Também há uma preocupação com movimentos e partidos xenófobos, nacionalistas conservadores e ultradireitistas que pregam a volta do nazismo e

fascismo; da última vez que isto ocorreu, também num contexto de uma grave crise, gerou uma guerra mundial de trágicas consequências. (UTRAY *et al.*, 2012).

Já o aspecto positivo é que há uma reorganização das lutas sociais nos países em crise. Movimentos sociais internacionalistas, partidos políticos que tem em seu programa a defesa dos direitos humanos e sociais, que abarcam jovens, anciãos, mulheres, sindicalistas, intelectuais, entre outros, estão ocupando as ruas das principais cidades do mundo para defender o direito à saúde, à educação, à liberdade, os direitos trabalhistas etc. Como exemplo de uma nova esperança há o Movimento *Ocuppy Wall Street* dos Estados Unidos, os precarizados da Geração à Rasca de Portugal, o Movimento da Praça *Puerta del Sol* na Espanha que originou recentemente o *Movimiento 25S*, os partidos políticos *Syriza* (Grécia), *Linke* da Alemanha, *Front de Gauche* da França, entre outros, que obtiveram expressivas votações e vitórias tanto nos marcos institucionais de representação como nos marcos populares de confrontação, demonstrando que o direito deve ser encontrado na rua, no conflito, para o bem da democracia. (HARVEY *et al.*, 2012; COSTA; JÚNIOR, 2009).

Apesar desse sopro de esperança deflagrado por esses movimentos, testemunha-se, além de retrocessos sociais nos âmbitos econômico e político, um retrocesso social na questão sanitária. As políticas públicas de saúde refletem as crises e contradições do modo de produção atual, não podendo sair incólumes desse processo. Os casos de retrocessos sanitários na Grécia e Espanha são exemplares.

O caso da saúde grego foi denunciado no ano de 2011 por um grupo de pesquisadores que publicou um artigo na conceituada revista *The Lancet* onde descreveram que o governo diminuiu o investimento em 40% nos anos de 2010/11, ao mesmo tempo em que os centros públicos de assistência sanitária têm recebido um aumento no fluxo de pacientes de mais de 30% por causa do rompimento com os planos privados de saúde. Também falta uma mínima estrutura básica nos hospitais públicos como papel higiênico e seringas, não há medicamentos suficiente e o aumento da carga de trabalho dos profissionais de saúde sem o respectivo aumento salarial ocasiona, em média, quatro vezes mais atendimentos e o alargamento do prazo de espera. (KENTIKELLENIS *et al.*, 2011).

Na Espanha, o Governo conservador de Rajoy proibiu atendimento gratuito de saúde aos imigrantes irregulares. Dados do próprio governo relatam que há 5,7

milhões de estrangeiros vivendo na Espanha e 500 mil seriam irregulares. Destes, 150 mil usaram o sistema de saúde em 2011. Houve protestos contra a medida, que foi batizada de “apartheid da saúde”, pelos ativistas sociais. Os retrocessos não pararam por aí: o Ministério da Saúde anulou o cartão de saúde de todos os estrangeiros que não contribuem à Seguridade Social, dos que nunca trabalharam e dos que têm receita superior a 100 mil euros por ano. Também há falta de medicamentos em cidades de Valência e Ilhas Canárias, segundo a Associação Farmacêutica de Valência. Além destes fatos, aumentam as denúncias sobre o subfinanciamento e a privatização do setor, fruto da hegemonia conservadora na atuação das políticas de saúde espanholas. (NAVARRO; LÓPEZ; ESPINOSA, 2011).

Frente a esses retrocessos sociais, juristas como o português Canotilho e o espanhol Pisarello, que fazem parte do grupo de países mais atacados por esta nova crise, pejorativamente denominados de “PIIGS” (porcos, em inglês) – Portugal, Itália, Irlanda, Grécia e Espanha – estão, neste momento, tentando avançar na sistematização e consolidação deste princípio para impedir mais uma nova onda de ataques contra os seus cidadãos e seus direitos.

Observa-se, com a devida atenção, este momento paradigmático, pois frente a esta novíssima conjuntura - dependendo do complexo desencadeamento do processo social - são colocadas duas questões fundamentais: ou o princípio da proibição do retrocesso social se fortalecerá e se consolidará protegendo de forma mais ampla o leque dos direitos sociais constitucionalizados; ou o princípio, que já se encontra enfraquecido por uma série de fatores, como a perda da soberania dos Estados e a consequente flexibilização e desconstitucionalização dos direitos fundamentais, perecerá definitivamente e somente será lembrado como um resquício histórico.

Portanto, é necessário acompanhar o debate juspolítico que está sendo travado em Tribunais, doutrinas e jurisprudências sobre o princípio da proibição do retrocesso neste momento delicado por que passa o “Velho Continente” pois terá reflexos diretos em nosso Direito pátrio.

3.2.5 Surgimento e Desenvolvimento do Princípio da Proibição do Retrocesso Social no Brasil

Enquanto na Europa podemos comprovar que a discussão em torno do princípio da proibição do retrocesso social se encontra bastante avançada, em nosso país tal assunto ainda está em seu início, ainda à procura de uma sólida sistematização em sua doutrina e jurisprudência, com o cuidado de respeitar e compreender nossas características e idiosincrasias. Dessa forma, necessário adotar algumas ponderações antes de propor uma discussão sobre um objeto eminentemente europeu, como o princípio ora estudado, em um país localizado no hemisfério Sul, com todas suas peculiaridades advindas da dependência centro-periferia típica do sistema capitalista. (MARINI, 2000).

É importante manter a preservação do senso crítico ao importarmos conceitos e elementos de outros países, com outras realidades. A transposição mecanicista de um instituto juspolítico de uma sociedade para outra, sem se importar com as condições socioculturais e econômico-políticas a que estão sujeitos pode gerar excrescências danosas irreversíveis. Deve-se sempre lembrar que uma coisa é a aplicação de uma teoria em um modelo de país “central”, outra coisa é a aplicação desta mesma teoria em um país “periférico”.

Neves (2009) trabalha atualmente com o tema do “transconstitucionalismo”, em que enfoca o cuidado com teses importadas, enfatizando o que ele classifica como “racionalidades transversais parciais” entre os sistemas jurídicos e sociais nos países em desenvolvimento (como o Brasil) afirmando, dessa forma, a importância da alopoiese e os limites interpretativos da autopoiese⁸¹, o que vai ao encontro de forma bastante esclarecedora do propósito do princípio da proibição do retrocesso social, já que este tem relação íntima não só com os direitos sociais, mas também com a política e a economia.

⁸¹ Segundo Neves, em seu texto “Da Autopoiese à Alopoiese do Direito”: “um sistema é dito autopoietico quando este se reproduz primariamente com base em seus próprios códigos e critérios, assimilando os fatores do seu meio-ambiente circundante (expectativas sociais), mantendo, assim, a sua autonomia e identidade perante os demais sistemas sociais”. Enquanto “o sistema alopoietico constitui-se da confusão de códigos jurídicos construídos e aplicados difusamente, como também do intrincamento destes com os códigos do poder, da economia, da família, da amizade, como também daquilo que os alemães chamam de “boas relações” (2007, p. 292).

Depois desse esclarecimento sobre a importação de teses à nossa realidade, continua-se com a análise de nosso tema principal: o percorrer histórico-constitucional.

Nossa Constituição de 1988 – que completou 25 anos no ano de 2013 – foi promulgada com a participação de amplos setores da população, num misto de conflitos e acordos. Como vimos no primeiro capítulo deste trabalho, depois de mais de 20 anos sob o signo da ditadura militar, a sociedade brasileira foi protagonista de um ascenso de cidadania durante a década de 1980 que influenciou sobremaneira nossa Assembléia Constituinte (1986/88). Vários movimentos sociais surgiram e se organizaram cumprindo o papel democrático de pressionar os legisladores originários em prol da constitucionalização dos direitos fundamentais sociais e o movimento da reforma sanitária é um dos maiores exemplos de organização social originado nesta época. (AROUCA, 2003).

O movimento da reforma sanitária surgiu na década de 1970 em meio à insatisfação não só com o regime político em si, que se encontrava sob o domínio de uma ditadura militar, mas também pela absoluta negligência em relação às políticas de saúde no Brasil. Impulsionado por intelectuais do meio acadêmico em seus departamentos de ciência da saúde, o movimento recebeu o apoio de trabalhadores, artistas, militantes políticos e partidos como o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e o Partido Comunista Brasileiro (PCB). Com a redemocratização do país conseguiu vitórias importantes como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 e o surgimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a consolidação do direito à saúde em nossa Carta Magna de 1988 concretizando finalmente o Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes. (ESCOREL, 1998).

Analisando do ponto de vista jurídico, nossa Carta Política recebeu profícuas influências do Estado Social e Democrático de Direito Europeu, pois além de solidificar direitos liberais também ratificou a importância dos direitos sociais e, completando a clássica geração dos direitos, os chamados direitos difusos, se tornando, assim, uma das constituições dirigentes mais completas e amplas do mundo ocidental. (TRINDADE, 2011).

Uma curiosidade deste período, que só confirma nosso caráter de país tardo-capitalista (MANDEL, 1982), é que enquanto no Brasil se dava a tentativa da construção do Estado Democrático e Social de Direito, na Europa este se

encontrava em uma de suas maiores crises. Tal fato evidencia o cuidado que devemos ter ao analisar países do centro e da periferia do sistema capitalista.

Já a partir da década de 1990, com o advento do neoliberalismo em nosso país, com a abertura do mercado e consequente flexibilização dos direitos no Brasil, é que a nossa Constituição começa a sofrer os ataques contra os direitos sociais, via emendas constitucionais e medidas provisórias. A doutrina e jurisprudência também iniciam a absorção dos ditames deste novo período econômico e social, em que vige a desnacionalização e desconstitucionalização de direitos, na tentativa açodada de legitimar o corpo doutrinário neoliberal. (BEHRING, 2008). Tal como aconteceu na Europa, juristas brasileiros resistentes, tais como Silva e Barroso, começam a questionar tais mudanças e se levantam em defesa das conquistas da Constituição utilizando como instrumento o princípio da proibição do retrocesso social.

O primeiro a analisar a questão foi o constitucionalista Silva (2008) que defendia que as normas definidoras de direitos sociais seriam concebidas como normas programáticas de eficácia limitada, mas que a necessidade de emanção de ato legislativo não lhes retirava a obrigatoriedade de sua efetivação, adiante, essa edição de ato normativo infraconstitucional é obrigatória, constituindo imposição constitucional de atividade legiferante.

Silva (2014) sustenta que imposições constitucionais advindas das normas constitucionais definidoras de direitos sociais indicam qual itinerário não seguir, de modo que seja taxada de inconstitucional a lei que percorrer o caminho vedado pela Constituição. E relata que lei nova não poderá desfazer o grau de efeitos da norma constitucional já alcançado e ratificado através de lei anterior, assim, está aqui a chave para a construção do princípio ora estudado.

Também é consenso construído pelos doutrinadores brasileiros, como Barroso (2013) e Barcellos (2012), na esteira de Silva, que o legislador não pode revogar norma infraconstitucional regulamentando a norma constitucional programática sem a criação de mecanismo substitutivo, o que acarretaria o esvaziamento do comando constitucional, como se o legislador dispusesse diretamente contra ele.

A maioria dos constitucionalistas brasileiros, quando tratam do princípio da proibição do retrocesso social, recorrem ao clássico pensamento de José Afonso da Silva, mas destacamos também outros juristas com enfoques sobre o assunto como Sarlet (2012), Miozzo (2012) e Derbli (2007).

Sarlet (2012), em seu estudo sobre direito comparado (alemão e brasileiro), explicita um pensamento mais conservador, próximo de um pós-modernismo⁸² jurídico, pois assinala que cada caso deve ser observado de acordo com suas características, respeitada sempre a ponderação dos bens e interesses jurídicos envolvidos e a proporcionalidade e razoabilidade, dando razão, como vimos no capítulo sobre os retrocessos sanitários, a conceitos como reserva do possível e mínimo existencial. Esses conceitos estão afinados com a política neoliberal pois o primeiro trata da reserva do financeiramente possível, alegando que as necessidades humanas são infinitas mas os recursos financeiros são finitos; enquanto o segundo está próximo da análise de Hayek (2010) que defendia um mínimo social de provimento que não ultrapassasse as necessidades fisiológicas do ser humano e tratava essa questão apenas como um dever moral, não como um direito.

Já Miozzo (2012) tem uma proposta mais progressista ao defender que o princípio da proibição do retrocesso social se encontra elencado na Constituição de 1988, em seu art. 3º, Inc. II, que diz: “Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil (...) II - garantir o desenvolvimento nacional” (grifo nosso).

O autor sustenta que existe um mandamento constitucional dirigido ao Estado determinando um dever de progresso, ou seja, um dever de não ocasionar um retrocesso, portanto, o princípio da proibição do retrocesso social possui previsão constitucional específica.

A discussão em torno desse assunto vem conquistando espaço na doutrina, nos encontros jurídicos e na jurisprudência de tribunais superiores brasileiros ainda que de forma tímida, porém, constante. Um exemplo é o Supremo Tribunal Federal (STF), que, apesar de não ter sistematizado tal conceito, tem discutido com base nos votos de ex-ministros e de ministros titulares como Sepúlveda Pertence e Celso de Melo, respectivamente.

⁸²O pós-modernismo citado neste trabalho se caracteriza pela excessiva relativização de todos os conceitos avaliados, resultado direto da queda do “Muro de Berlim” e do suposto fim das grandes ideologias, não analisando a sociedade conforme aspectos de essência e aparência mas apenas uma aproximação da pseudoconcreticidade; portanto, em um rigor analítico mais aprofundado, o pós-modernismo inexistente em uma sociedade de classes. (SOUSA, 2005; KOSIK, 2010).

Observa-se a transcrição parcial do voto do ex-ministro Sepúlveda Pertence, resgatado pela obra de Derbli, na ADIn 2065 – DF⁸³, em que pela primeira vez no STF interpretava-se com base no princípio da proibição do retrocesso social:

[...] Certo, quando, já vigente à Constituição, se editou lei integrativa necessária à plenitude da eficácia, pode subseqüentemente o legislador, no âmbito de sua liberdade de conformação, ditar outra disciplina legal igualmente integrativa de preceito constitucional programático ou de eficácia limitada; mas não pode retroceder – sem violar a Constituição – ao momento anterior de paralisação de sua efetividade pela ausência de complementação legislativa ordinária reclamada para implementação efetiva de norma constitucional⁸⁴. (DERBLI, 2007, p.188).

O voto mais explícito e direto em relação ao princípio estudado, partiu do ministro Celso de Melo, no julgamento da ADIn 3105 - DF⁸⁵, que recolhemos da obra de Derbli (2007, p.190 e 191):

Refiro-me, neste passo, ao princípio da proibição do retrocesso, que, em tema de direitos fundamentais, de caráter social, e uma vez alcançado determinado nível de concretização de tais prerrogativas (como estas reconhecidas e asseguradas, antes do advento da EC nº 41/2003, aos inativos e aos pensionistas), impede que sejam desconstituídas as conquistas já alcançadas pelo cidadão ou pela formação social em que ele vive⁸⁶.

Não há dúvida de que foram consistentes argumentações que auxiliaram a dar maior peso ao estudo do princípio da proibição do retrocesso social em nosso país, apesar do STF, em sua decisão final, ter excluído o Conselho Nacional de Seguridade Social (CNSS) e ratificado a contrarreforma da previdência por meio da confirmação da Emenda Constitucional 41/2003, agindo, dessa forma, como um mero aparelho ideológico do Estado burguês contra as ações propugnadas em prol da classe trabalhadora, passando por cima, ironicamente, do documento que devia defender: a Constituição.

⁸³ Esta ação direta de inconstitucionalidade foi ajuizada pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT) e pelo Partido dos Trabalhadores (PT), com o escopo de impugnar o art. 17 da Medida Provisória 1911-10/99 que revogava os artigos 6º e 7º da Lei 8212/91 e os artigos 7º e 8º da Lei 8213/91, extinguindo, desta forma, o Conselho Nacional de Seguridade Social e os Conselhos Estaduais e Municipais de Previdência Social.

⁸⁴ Íntegra disponível em “<http://www.stf.jus.br>”

⁸⁵ A referida ação direta de inconstitucionalidade foi movida pela Associação Nacional dos Membros do Ministério Público (CONAMP) com vistas à declaração de inconstitucionalidade do artigo 4º, *caput*, e respectivo parágrafo único, da Emenda Constitucional nº 41/2003, que instituiu a contribuição previdenciária dos servidores públicos inativos e pensionistas.

⁸⁶ Íntegra disponível em “<http://www.stf.jus.br>”.

Mas ainda há um vácuo sobre o estudo do princípio da proibição do retrocesso social à luz de nossa realidade e com características que englobem os mais variados campos das ciências humanas, já que se torna impossível estudar este princípio sem ligá-lo aos aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos que atingem nossa realidade.

De todas as definições aqui representadas, tanto a nível internacional quanto a nível nacional, destaca-se o grande consenso conceitual deste princípio que é a vedação ao legislador/agente do Estado de suprimir arbitrariamente a disciplina constitucional ou infraconstitucional de um direito fundamental social. Este é o grande norte conceitual do princípio da proibição do retrocesso social, a partir dele são feitas variações que enriquecem e complementam o estudo deste grande instrumento jurídico.

3.2.6 O Conceito do Princípio da Proibição do Retrocesso Social

Depois dessa análise histórica da construção do princípio da proibição do retrocesso social, passa-se a estudar a definição dada a este princípio até o momento, por pensadores brasileiros e suas relações com os poderes do Estado.

Um dos conceitos mais bem formulados até o momento foi apresentado por Derbli (2007) advogando que o princípio tem teleologicamente a função de garantir o grau de concretização dos direitos fundamentais sociais e, mais que isso, a permanente obrigação constitucional de desenvolver essa concretização, não permitindo, de forma alguma, que se retroceda a um quadro sócio-jurídico já esgotado, distante do ideal proposto pela Carta Magna. É, portanto, uma teleologia dialética, pois ao mesmo tempo que é garantista (negativa), também é avançada (positiva).

Assim, Derbli (2007) observa que tal princípio constitucional emana uma qualidade retrospectiva, já que exerce uma tarefa de conservação de um estado de coisas já consolidado, tanto na prática como no “inconsciente coletivo” (usando uma expressão “junguiana⁸⁷”). É preciso, portanto, para a aplicação do referido princípio, como já abordado por este estudo, o respeito ao “consenso básico”, ou seja, a garantia de que o núcleo central do direito fundamental social continuará vigendo

⁸⁷ Baseada na psicologia analítica do psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (1875-1961).

sobre a realidade dos cidadãos, propiciando para estes uma sensação de segurança.

Derbli (2007, p. 202) complementa o seu raciocínio da seguinte forma:

A particularidade do princípio da proibição de retrocesso social está, pois, na prevalência do caráter negativo de sua finalidade. Dizemos prevalência porque existe, ainda que em menor escala, um elemento positivo na finalidade do princípio em tela: é dever do legislador manter-se no propósito de ampliar, progressivamente e de acordo com as condições fáticas e jurídicas (incluindo-se as orçamentárias), o grau de concretização dos direitos fundamentais sociais, através da garantia de proteção dessa concretização à medida que nela se evolui. Vale dizer, proibição de retrocesso social não se traduz em mera manutenção do *status quo*, antes significando também a obrigação de avanço social.

Interessante abordar o princípio da proibição do retrocesso social com os poderes estatais, analisando sua relação com as três funções do Estado: com a administração pública e, principalmente, com as funções legislativa e judiciária. Isto porque, para que o princípio estudado obtenha a maior validade possível vimos que é de notória importância sua relação com o Executivo, o Legislativo e Judiciário.

O positivismo do Direito brasileiro, cultivando um empedernido senso comum, entende que a clássica definição sistematizada por Montesquieu sobre a separação dos poderes tem apenas uma visão objetificada, ferindo, desta forma, o efeito vinculativo e dirigente de nossa Carta Política de 1988. O sentido que se deve buscar, ao interpretar o princípio da proibição do retrocesso social através da separação dos poderes, é que, além do controle do poder, é importante a cooperação harmoniosa dos poderes com a finalidade da materialização dos preceitos constitucionais democráticos e sociais. (FAORO, 2008).

Destarte, o princípio da separação de poderes, em consonância com o Estado Democrático de Direito, deve sempre evoluir como um instrumento de realização e em hipótese alguma como um empecilho para a realização dos direitos fundamentais sociais.

Portanto, devem-se evitar interpretações antiquadas e em desacordo com a realidade quando pensamos em separação dos poderes, para não cairmos na armadilha da denominada “hermenêutica de bloqueio”, que a pretexto de não permitir a intromissão de determinado poder na seara de competência de outro, permite, em efetivo, a violação de direitos fundamentais sob uma aparência de

legalidade. É claro que a separação de poderes tem o fulcro de definir as competências de cada função estatal, mas tal intuito não pode servir de obstáculo para a realização dos direitos fundamentais sociais. Lembrando que esta discussão é atualíssima por causa do chamado “ativismo judicial”.⁸⁸ (BARROSO, 2008; CONTO, 2008).

Sobre esse tema tão delicado - o princípio da proibição do retrocesso social e sua relação com a separação dos poderes – temos a esclarecedora análise de Conto (2008, p. 97):

O princípio da proibição do retrocesso social, compreendido como corolário do Estado Democrático de Direito, vincula a todos os poderes estatais. Todavia, suas repercussões são peculiares em cada uma das funções estatais. A aplicação do princípio no âmbito do Poder Legislativo leva à constatação irrefutável de uma diminuição na liberdade de conformação legislativa, notadamente em respeito ao núcleo essencial dos direitos fundamentais; quanto ao Poder Executivo, a aplicação do Princípio nas suas atividades peculiares denota a importância da elaboração de políticas públicas condizentes com os preceitos constitucionais e da impossibilidade de retroceder nos direitos fundamentais realizados, sem algum tipo de compensação; e, finalmente, ao Poder Judiciário, cabe realizar o controle dos atos dos poderes, buscando adequá-los aos preceitos constitucionais dirigentes. (2008, p.97).

Para que o conceito e a ampliação do princípio da proibição do retrocesso social avancem, é preciso também uma mudança paradigmática na concepção do que se entende como administração pública no Brasil. Esta é refém de um pensamento mecanicista e simplista em que prevalece o modo de ser liberal-individualista, ligado excessivamente à técnica, como, por exemplo, a estrita legalidade. Reflete uma natureza dicotômica e binária sobre problemas complexos como “Público x Privado”, “Estado x Sociedade” e “Administrador x Administrado”. (ALVES, 2013).

A posição adotada pelos operadores do direito público importa na crise existente na utilização de pressupostos da modernidade que vão de encontro ao paradigma do Estado Democrático e Social de Direito. Também se deve atentar à

⁸⁸O ativismo judicial está ligado a uma participação mais ampla e intensa do Poder Judiciário na concretização dos valores e fins constitucionais, com maior interferência no espaço de atuação dos Poderes Executivo e Legislativo. Suas principais características são: aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário; declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do legislador e a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas. (BARROSO, 2008).

nova configuração do que seja a legalidade, baseada na interpretação mais completa e integral, tendo como importante instrumento a ciência hermenêutica (que é uma ciência da interpretação). A legalidade deve ser compreendida como condição de possibilidade para uma ação administrativa transformadora do *status quo*, construída a partir do conjunto de indicações formais constitucionais. (ALVES, 2013).

A grande tarefa da Administração é realizar políticas públicas que busquem implementar as diretivas constitucionais. Em face do caráter transformador do Estado Democrático de Direito, o papel da administração pública é realizar os direitos fundamentais que demandam uma atuação positiva do Estado.

Deve-se, dessa forma, compreender que a burocracia administrativa exerce uma dominação burguesa, para manter os dominados nos limites da atuação da sociedade capitalista, administrando os antagonismos de classe para a perpetuação de uma “corporação do Estado” dominante. (WEBER, 1999; MARX, 2005). Um passo inicial para uma mudança realista, dentro dos limites da correlação de forças atual, seria a administração pública planejar e operar de acordo com nossa Constituição. Para isto, tem a função de formular políticas públicas que busquem implementar as diretivas constitucionais, especificamente os direitos fundamentais sociais que demandam uma atuação positiva do Estado.

Como bem resume Conto (2008, p.101):

Revela-se evidente que uma Administração Pública dirigente e compromissária tem como condição de possibilidade a observância do princípio da proibição do retrocesso social, no sentido de elaborar políticas públicas que visem o cumprimento das promessas constitucionais, salvaguardando os direitos sociais já realizados. (2008, p.101).

Sobre o Poder Legislativo, percebe-se que, assim como nenhum princípio constitucional é absoluto, também a atuação do legislador não é absolutamente livre. Em um Estado de Direito que se pretende Social e Democrático, com uma Constituição Dirigente, o legislador deve respeitar este propósito não restringindo nem relativizando, com o risco de comprometer o núcleo central, os direitos sociais esculpidos em nossa Carta Magna. Aqui reside a importância do princípio ora estudado em relação ao Legislativo, servindo como um controle (um controle

democrático e legítimo) da atuação do parlamentar. (COURTIS, 2006; CONTO, 2008).

E como se daria esta relação entre o princípio da proibição do retrocesso social e o Poder Judiciário? Inicialmente, destaca-se que nos países como o Brasil, que faz parte da periferia do sistema capitalista, há uma junção de dois fatores: num primeiro patamar, percebe-se a inadequação da atuação dos demais poderes aos preceitos constitucionais dirigentes. Paralelamente, um grande abismo separa as promessas da modernidade (ainda não cumpridas) da realidade social. É esta junção que tem exigido, cada vez mais, uma atuação protagonista do Poder Judiciário como fiscal e propositor de soluções dos mais variados tipos em prol do constitucionalismo e da efetividade de seus princípios. (MASCARO, 2007).

A mudança de postura dos aplicadores da lei pois, neste caso, está-se tratando de direitos sociais, que são intrinsecamente ligados a questões políticas e, obviamente, sociais. Resta claro, nesse sentido, o papel central que exerce a atuação do Poder Judiciário para a realização dos direitos fundamentais sociais, agindo de maneira ativa e consciente na busca pela concretização dos mesmos.

É axiomático que haja muita polêmica em relação a este fato, mas seria importante voltar os olhos para uma visão mais moderna de interpretação hermenêutica do Estado Democrático de Direito, pois o Judiciário tem o dever de proteger valores caros à nossa democracia ao defender os direitos fundamentais sociais e garantir, mesmo que na maioria das vezes de modo indireto, a ratificação do princípio da proibição do retrocesso social.

Especificamente na questão do direito à saúde, o princípio da proibição do retrocesso social deve ser utilizado como instrumento de combate aos retrocessos perpetrados contra o SUS, assim com aconteceu em Portugal com o SNS. Em primeiro lugar, não se pode resumir o direito à saúde como um mínimo existencial ou imobilizá-lo numa justificativa da reserva do possível, pois se corre o risco de confundi-lo - um direito fundamental social universal - com a mera sobrevivência biológica. Reforçando este argumento, de acordo com o princípio em tela, a saúde não deve basear-se somente a uma atenção primária mas, sobretudo, deve lograr uma atenção de média e alta complexidade o mais integralmente possível, de acordo com os mandamentos constitucionais.

Outro ponto a destacar sobre o assunto é a importância da segurança e bem-estar para toda a coletividade, no caso específico do direito à saúde. O

retrocesso social, seja este doutrinário ou institucional, como vimos, tem implicações práticas no dia-a-dia da maioria da população, seja cortando gastos na aplicação da melhoria de um posto de atendimento, seja oferecendo condições precárias de estrutura para o pronto reestabelecimento, causando insegurança à comunidade, por esta presenciar a restrição ou eliminação de um direito constitucional.

Tal insegurança coletiva demonstra-se tanto de forma objetiva, como, por exemplo, a restrição dos direitos e perda de sua categoria de “cidadãos”, como de forma subjetiva: uma sensação de mal-estar – por não ter garantido seus cuidados constitucionais de saúde – que pode levar a uma desconfiança do Estado. Para evitar ambos os casos, o princípio da proibição do retrocesso social deve ser interpretado e aplicado com o intuito de contribuir para a garantia da realização do direito à saúde que respeite as expectativas legítimas dos cidadãos.

Também atentamos para o retrocesso gerado pelo aumento da influência da saúde privada frente à saúde pública no Brasil. Tal fato caracteriza um retrocesso social porque a saúde, que deve ser considerada sempre um direito, pois, além de ser constitucionalizado, trata-se, como vimos, de uma necessidade humana básica objetiva e universal – pode se transformar em mercadoria. O princípio da proibição do retrocesso social, neste caso, deve auxiliar na delimitação da regulação do mercado de saúde privada, evitando, principalmente, isenções e benefícios fiscais via Governo e conflito de interesses em relações espúrias.

Por fim, a atuação em prol do direito sanitário tendo como base o princípio da proibição do retrocesso social deve-se basear em duas ações táticas: a primeira em defesa da Constituição, defendendo os objetivos, princípios e diretrizes que estão ratificados na Carta Política, dando efetividade ao SUS. E a segunda é conscientizar e disputar os rumos das funções do Estado: Executivo, Legislativo e Judiciário, com disputa e pressão popular para que não empenhem atos e determinações que retroagem a política de saúde universal.

Vê-se, dessa forma, que o princípio da proibição do retrocesso social está simultaneamente relacionado ao que há de mais avançado na profícua arena constitucional, servindo de instrumento para a realização de valores imprescindíveis: a consolidação da República, da Liberdade e, principalmente, do Estado Social e Democrático de Direito, com o objetivo de diminuir as desigualdades sociais e lutar por justiça social em busca da emancipação humana.

O princípio, por si só, não mudará nossa realidade e não será a panaceia para todos os nossos problemas constitucionais, mas, sendo utilizado por uma hermenêutica compromissada com a efetivação da cidadania por meio de direitos fundamentais sociais pode influenciar a dinâmica da luta de classes e, no dizer de Gramsci (1976), disputar a correlação de forças para a construção de uma hegemonia sanitária de novo tipo.

Além do princípio da proibição do retrocesso social, analisamos, no próximo ponto, outra proposta avançada para conter os retrocessos sanitários, com mais ênfase na questão orçamentária: a auditoria constitucional da dívida pública.

3.3 A Alternativa da Auditoria Constitucional da Dívida para a Efetivação do Direito à Saúde

3.3.1 A Auditoria Constitucional da Dívida

Nos últimos anos o Governo brasileiro tem utilizado a maior parte de seu orçamento para o pagamento de juros e amortizações da dívida⁸⁹, sacrificando, em contrapartida, os investimentos sociais em educação, saúde, cultura, habitação, saneamento, dentre outros. Como demonstra o gráfico 3 elaborado pela Auditoria Cidadã da Dívida sobre o Orçamento Geral da União (OGU) previsto para 2014:

Gráfico 3 – Previsão do Orçamento Geral da União para 2014

⁸⁹ Segundo reportagem do jornal Correio Braziliense, de 15 de junho de 2014, o Brasil gasta 5% do PIB por ano para financiar a dívida pública, sendo o país do G-20 – grupo dos países mais ricos do mundo – que mais paga juros da dívida pública em termos proporcionais ao PIB. Disponível em http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica-brasil-economia/33,65,33,3/2014/06/15/internas_economia,432711/brasil-gasta-5-do-pib-por-ano-para-financiar-a-divida-publica.shtml. Acesso em 16 de junho de 2014.



Fonte: Projeto de Lei Orçamentária para 2014
Elaboração: Auditoria Cidadã da Dívida

E, corroborando esse argumento, dados da Auditoria Cidadã da Dívida apontam que até o dia 14 de maio de 2014 a dívida já consumiu R\$ 460 bilhões, o que corresponde a 54 % do gasto federal⁹⁰.

Nossa dívida total ultrapassa os mais de 3 trilhões de reais (corresponde a 78% do PIB) ao custo de uma elevada carga tributária regressiva – que taxa mais o consumo e a produção do que a renda e o patrimônio, ou seja, taxa mais os pobres e a classe média do que os ricos (SALVADOR, 2007) – e com base principalmente na perversa equação do superávit primário⁹¹, câmbio flutuante, metas de inflação e altas taxas de juros instrumentalizados pela autonomia operacional do Banco Central do Brasil transformando nosso país em “plataforma de valorização financeira internacional” (PAULANI, 2008, p.9) para júbilo dos principais credores – especuladores e banqueiros.

⁹⁰ Disponível em <http://www.auditoriacidada.org.br/#>. Acesso em 11 de junho de 2014.

⁹¹ Economia que o Governo faz destinada ao pagamento de juros da dívida e quitação de parte dessas dívidas.

Com base nesses dados e argumentos apresentados e na conjuntura de uma forte crise econômica mundial é necessário a efetivação da auditoria da dívida conforme nossa Constituição.

Bom destacar que o Brasil já realizou uma auditoria da dívida. Na crise econômica de 1929 iniciada pela quebra da bolsa de valores de Nova Iorque o Brasil foi atingido por problemas no balanço de pagamentos e na política cambial da década de 1930, o que fez com que o primeiro Governo do presidente Vargas (1930-45) realizasse a primeira, e até hoje a única, auditoria oficial da dívida externa. (GONÇALVES, 2003, p. 114).

O presidente Getúlio Vargas dividiu a auditoria em seis fases, na primeira fase iniciada em 1931 ele suspendeu a dívida para avaliação das irregularidades e abusos dos credores; na segunda, também em 1931, foi realizada a renegociação da dívida externa; na terceira, em 1934, foram reduzidos os juros e adiadas as amortizações; na quarta fase, em 1937, houve o controle cambial sobre a importação de bens e serviços e remessas de lucros e dividendos; na quinta, em 1940, foi respeitada a capacidade de pagamento do Brasil em relação à sua balança comercial e, na última fase, em 1943, foram reduzidos, de forma cabal, os juros e amortizações. (GONÇALVES, 2003).

O Governo Vargas reduziu consideravelmente a dívida externa comprovando irregularidades e cláusulas abusivas que constituíam crimes de lesa-pátria, realizando, para isso, uma auditoria da dívida pública brasileira reafirmando os compromissos soberanos do nosso país.

Depois do Governo Vargas, ocorre uma ascendência da dívida no Brasil com o Governo Kubitschek (1955-60) que justifica o “desenvolvimentismo” e a tentativa de consolidação da substituição das importações e a construção de Brasília até o auge do endividamento com a ditadura militar (1964-85) durante o denominado “Milagre Econômico” do Governo Médici e o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) do Governo Geisel. A dívida, que antes da ditadura era de US\$ 2,5 bilhões, passa para US\$ 52,8 bilhões, de acordo com dados da Auditoria Cidadã da Dívida.

O desenvolvimentismo conservador (BACELAR; BENJAMIN, 1995) deste período ocorre com empréstimos a juros flutuantes realizados por credores internacionais por meio de organismos multilaterais como o FMI e o Banco Mundial que portam suas listas de recomendações como arrocho fiscal, privatização de

empresas estratégicas e radicalização da abertura para o capital financeiro internacional. (TAVARES, 1998).

O Governo Sarney (1985-90) decreta moratória por causa da crise iniciada com os choques do petróleo de 1973 e 1979, altos índices de inflação, crise do México e aumento unilateral da taxa de juros provocada pelos Estados Unidos, o que resultou no dobro da dívida brasileira passando de US\$ 52,8 bilhões para US\$ 105,2 bilhões. (FATTORELLI, 2003).

Diante dessa conjuntura da década de 1980, em um momento de ascenso de cidadania depois de mais de 20 anos de ditadura, grupos organizados da sociedade civil exigem uma auditoria da dívida que demonstre de forma transparente quem são os credores, quais irregularidades, quais critérios regeram os contratos com organismos internacionais, dentre outras questões.

Foram criadas duas comissões com o intuito de auditar a dívida da época, nos anos de 1983 e de 1987. A primeira foi uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Câmara dos Deputados instituída pelo Requerimento nº 8/83, instalada em 16 de agosto de 1983 com a tarefa de apurar as causas e consequências da dívida brasileira e o acordo com o FMI e a segunda foi uma Comissão Especial do Senado Federal para a Dívida Externa, instituída pelo Requerimento nº 17/87, instalada em 14 de abril de 1987 com a tarefa de examinar a questão da dívida externa brasileira e avaliar as razões que levaram o Governo a suspender o pagamento dos encargos financeiros dela decorrentes, nos planos externo e interno.

Segundo a Auditoria Cidadã da Dívida, o resultado dessas duas comissões instaladas antes da Constituição de 1988 revelou que não houve transparência no endividamento contratado e autorizado pelo Banco Central, que realmente houve alta unilateral das taxas de juros por bancos privados de Nova Iorque e Londres, cláusulas abusivas, falta de tradução dos contratos, renegociação e pagamento da dívida sem respeitar o valor de mercado, foro para dirimir controvérsias em Nova Iorque, entre outras irregularidades que flexibilizaram a soberania do Estado brasileiro diminuindo sua margem de manobra no controle de capitais.

Para que o resultado dessas duas comissões sobre a dívida não estagnasse no Congresso houve uma pressão social na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88 para que a auditoria constasse no texto da nova Constituição, sendo ratificada no artigo 26 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição promulgada em 1988.

3.3.2 A Constitucionalização da Auditoria da Dívida e seus Desdobramentos Pós-Constituição

A Constituição brasileira, promulgada em 05 de outubro de 1988, ratificou um pacto civilizatório entre vários matizes ideológicos que surgiram numa conjuntura de redemocratização e de ascenso de lutas sociais amplamente discutidos e votados pela Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88.

Como relata Bonavides (2014) a Constituição não é somente a Lei Maior do Estado mas também um Projeto de Nação que deve ser implementado por meio de políticas públicas que efetivem tanto os direitos civis e políticos como os direitos econômicos, sociais e culturais.

Sobre a auditoria da dívida, esta foi constitucionalizada no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), tendo o mesmo valor de norma jurídica do texto permanente da Constituição (BARROSO, 2007), devendo ser cumprida conforme os ditames do art. 26 do ADCT:

No prazo de um ano a contar da promulgação da Constituição, o Congresso Nacional promoverá, através de comissão mista, exame analítico e pericial dos atos e fatos geradores do endividamento externo brasileiro.(grifo do autor)

§ 1º A Comissão terá a força legal de Comissão parlamentar de inquérito para os fins de requisição e convocação, e atuará com o auxílio do Tribunal de Contas da União.

§ 2º Apurada irregularidade, o Congresso Nacional proporá ao Poder Executivo a declaração de nulidade do ato e encaminhará o processo ao Ministério Público Federal, que formalizará, no prazo de sessenta dias, a ação cabível.

Respeitando o artigo mencionado, foi instalada uma Comissão Parlamentar Mista (envolvendo Câmara e Senado) em 11 de abril de 1989 com o objetivo de examinar analítica e pericialmente os atos e fatos geradores do endividamento brasileiro para cumprir a missão constitucional – art. 26 do ADCT.

Segundo a Auditoria Cidadã da Dívida, o relatório parcial foi aprovado em 09 de agosto de 1989 e continha as seguintes conclusões: inconstitucionalidade dos novos contratos da dívida já que não eram submetidos ao Senado Federal, cláusulas abusivas, renegociação de dívidas prescritas, entre outras.

Apesar da aprovação do relatório parcial, o parecer final que ratificava as irregularidades constatadas não foi votado por causa do lobby da bancada

conservadora do Congresso Nacional, inviabilizando, desta forma, a aplicação constitucional da auditoria da dívida.

Na década de 1990, com os Governos Collor (1990-92) e Fernando Henrique (1994-2002), a dívida brasileira aumentou em mais de 100 bilhões de dólares, resultado de acordos sem nenhum tipo de regulação com o Tesouro Estadounidense, por meio de seu secretário Nicholas Brady (iniciativas Brady) que ressuscitou dívidas consideradas pagas e pela implementação de mecanismos liberalizantes da economia como a insurgência de forma mais radicalizada de capitais de curto prazo (*hot money*) com a finalidade de especular, dados os vantajosos juros dos títulos brasileiros, e com a privatização de setores públicos, inclusive a privatização de credores da dívida quitada com dinheiro público. (GONÇALVES, POMAR, 2002).

Com as crises econômicas asiática (1997) e russa (1998) o Brasil acorda com o FMI em 1999 o tripé da política econômica conservadora que seria a comprovação da essência do continuísmo entre os governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), liderado pelo Governo Fernando Henrique Cardoso e do Partido dos Trabalhadores (PT), liderado pelo Governo Lula (e depois seguido pelo Governo Dilma): 1) o esforço para construir um forte superávit primário através de aumentos recordes de arrecadação tributária e corte nos investimentos sociais, por meio, por exemplo, da Desvinculação de Recursos da União (DRU); 2) o câmbio flutuante para que o capital financeiro possa circular sem nenhum tipo de controle ou mínima taxaçoão do Estado e; 3) as mais altas taxas de juros combinadas com metas de inflação, comandadas pela independência operacional do Banco Central lastreada por leis de ajuste como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). (PAULANI, 2008).

Desde então, o Orçamento Geral da União (OGU) repassa de 30 a quase 50 % dos recursos para o pagamento de juros e amortizações da dívida, incorrendo em crime de lesa-pátria já que não há respeito à auditoria constitucional da dívida, nem à decisão do próprio Supremo Tribunal Federal (STF) que julgou ilegal o pagamento de juros sobre juros (anatocismo).

Depois do descenso das lutas sociais nos anos 1990, nos anos 2000 há uma tentativa de rearticulação do movimento pela Auditoria Cidadã da Dívida no Brasil

com a realização de um plebiscito não oficial sobre a dívida⁹², em setembro de 2000, organizado em 3.444 municípios por organizações da sociedade civil, como igrejas, sindicatos e movimentos sociais.

O plebiscito que teve a participação de 6.030.329 (seis milhões, trinta mil e trezentos e vinte nove) cidadãos, resultou em 95% dos votos contrários ao pagamento da dívida, a favor da auditoria prevista na Constituição, pela descontinuidade do acordo com o FMI e paralisação da destinação de recursos orçamentários aos especuladores.

Desde 2001 está sendo organizado o movimento social pela Auditoria Cidadã da Dívida, formado por intelectuais, ativistas e militantes da causa no Brasil que lutam pela efetivação da Constituição.

Em 2004, por meio da Auditoria Cidadã da Dívida, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), respaldada por seu Conselho Federal, impetrou perante o STF a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 59 para que o Congresso Nacional seja acionado para o cumprimento do art. 26 do ADCT.

E no ano de 2009, também por uma reivindicação da Auditoria Cidadã da Dívida, foi instalada mais uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na Câmara dos Deputados para averiguar a situação da dívida no Brasil e seu relatório chegou à mesma conclusão da manutenção das irregularidades detectadas pelas comissões anteriores e do desrespeito às normas da Constituição Federativa do Brasil, do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e do Protocolo de San Salvador em matéria de direitos sociais, ambos ratificados pelo Estado brasileiro (BRASIL, 2010). Este relatório foi acolhido pelo Ministério Público em 18 de maio de 2010 para dar início ao processo de investigação sobre prováveis ilegalidades cometidas por contratos que oneram a população brasileira⁹³.

Portanto, torna-se urgente a auditoria da dívida para que o Estado brasileiro possa implementar de forma efetiva as políticas públicas necessárias a uma sociedade mais justa e igualitária em conformidade com nossa Constituição e para que se proteja de eventuais efeitos negativos provocados pela crise econômica mundial.

⁹² A pergunta contida no plebiscito era a seguinte: "Você concorda em continuar pagando a dívida sem realizar a auditoria prevista na Constituição?"

⁹³ Até o momento o relatório encontra-se com o Ministério Público.

3.4 O Financiamento da Saúde

O financiamento da saúde no Brasil, antes e depois da Constituição de 1988, foi marcado em vários momentos pela ausência de estabilidade e segurança jurídico-econômica evidenciando a fragilidade politico-institucional para resolver esta importante questão.

Antes da Constituição de 1988, somente a previdência social e o orçamento fiscal eram fontes de financiamento público da saúde. Os recursos previdenciários eram financiados por uma minoria da população que estava inserida no mercado formal de trabalho e que, em contrapartida, recebia assistência médico-hospitalar; e os recursos fiscais eram direcionados para uma concepção geral de saúde pública, como vacinação, vigilância e controle de doenças. A maioria da população, não respaldada por um arcabouço formal trabalhista, era atendida por um conjunto de associações filantrópicas de saúde. (VIANNA, 2005).

Com a promulgação de nossa Carta Política de 1988, a saúde passou a integrar a Seguridade Social (art. 194), juntamente com a previdência e assistência social devendo ser financiada por recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e contribuições sociais (art. 195). Neste ponto inicial de nossa discussão, que envolve a seguridade social, o primeiro destaque surge com o art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição:

Art. 55. Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde (grifo do autor).

Este artigo nunca chegou a ser efetivado, prejudicando o financiamento da saúde nos anos iniciais pós-Constituição. O percentual estipulado (30%) não foi cumprido nos anos de 1990 e 1991 e no ano de 1992 ele só foi cumprido porque foram contabilizados como ações de saúde, os gastos em recursos humanos, merenda escolar, obras urbanas, dentre outros, descaracterizando, desta forma, o artigo em tela. (SERVO *et al.*, 2011).

No ano de 1993 a disputa entre os recursos da Saúde e da Previdência – prevista por estudiosos como Menicucci (2009) e Vianna (2005) por causa da crise previdenciária – acirrou-se resultando no fim da solidariedade das contribuições previdenciárias para o orçamento da saúde gerando inclusive empréstimos do

Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) ao Ministério da Saúde, demonstrando que o financiamento da saúde precisava de um imposto específico sobre a matéria. (SERVO *et al.*, 2011).

Recorremos novamente ao ADCT da Constituição para analisarmos o imposto provisório criado para aumentar o financiamento da saúde, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), conforme Emenda Constitucional (EC) nº 12/1996⁹⁴:

Art. 74 - A União poderá instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira.

§ 3º - O produto da arrecadação da contribuição de que trata este artigo será destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde.

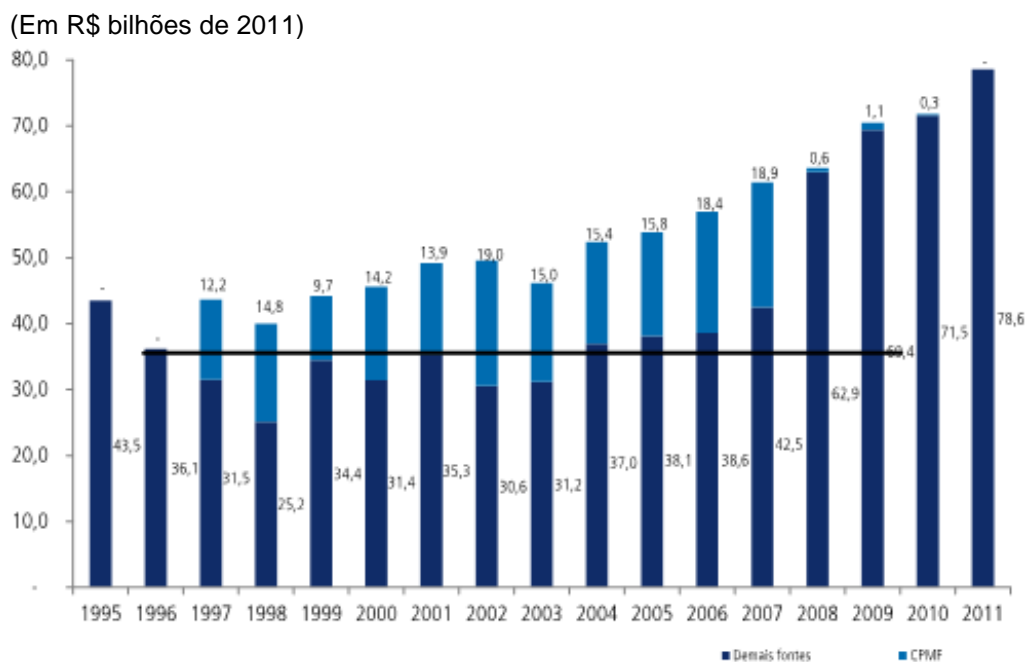
As contribuições sociais como COFINS⁹⁵, CSLL⁹⁶ e CPMF foram responsáveis por uma média de 70% do financiamento da saúde no período de 1997 até 2007 sendo que a CPMF sozinha era responsável por 1/3 destes recursos, conseguindo estabilizar momentaneamente os recursos da saúde, conforme gráfico 4 a seguir: (PIOLA *et al.*, 2013).

⁹⁴ Com a EC 21/1999 os recursos da CPMF – que antes eram exclusivamente para a saúde - foram compartilhados entre a Previdência e o Fundo de Combate à Pobreza com aumento da alíquota de 0,20 para 0,38% (depois 0,30).

⁹⁵ Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social.

⁹⁶ Contribuição Social sobre o Lucro Líquido.

Gráfico 4 – Ministério da Saúde (MS): execução do gasto total por fonte de recursos, CPMF e demais fontes (1995 – 2011)



Fonte: Ministério da Saúde
Elaboração: Piola *et. al.* (2013)

Mas a CPMF, por ter suscitado uma discussão sobre sua provisoriedade, sempre foi alvo de polêmicas em torno da carga tributária e sobre sua efetividade na aplicação dos recursos. A CPMF, conforme Salvador (2007), “é um desses tributos regressivos, pois ao incidir ao longo da cadeia produtiva, é passível de ser transferida a terceiros; em outras palavras, para os preços dos produtos adquiridos pelos consumidores.” Mais uma vez evidenciando a injusta tributação brasileira, onde quem financia o Sistema Único de Saúde (SUS) são as classes menos favorecidas principalmente por meio do consumo.

Nos dez anos de sua vigência a CPMF também sofreu a ingerência da Desvinculação de Recursos da União (DRU), instrumento utilizado pelo neoliberalismo brasileiro da década de 1990 depois dos acordos com o FMI e ainda vigente⁹⁷. No caso específico da CPMF, de 1997 a 2006, 18% da arrecadação deste tributo foi desviado via DRU para valorização do capital financeiro. (SALVADOR, 2010).

Com a extinção da CPMF em 2007, o Governo e o Movimento Sanitário reiniciaram a discussão sobre a regulamentação da Emenda Constitucional (EC)

⁹⁷ A DRU foi renovada até 2015.

29/2000 que assegurava a participação dos três níveis de Governo no financiamento do SUS a partir da definição de um percentual mínimo de recursos por ano⁹⁸.

A regulamentação realizada no início de 2012 consolidou os investimentos da União, Estados e Municípios. Os Estados continuam obrigados a investir, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos, enquanto os Municípios, 15%. O Distrito Federal investirá de 12 a 15%, conforme a classificação da fonte da receita em estadual ou distrital⁹⁹. Mas a maior frustração do Movimento Sanitário em torno desta regulamentação foi o veto presidencial aos 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União¹⁰⁰, o que dificulta a consolidação do financiamento público da saúde universal e integral de acordo com nossa Constituição¹⁰¹.

Destacamos também que o Brasil – de acordo com dados de várias instituições e organismos¹⁰² – é o único país do mundo de sistema universal onde os investimentos privados superam os investimentos públicos. Dados do IBGE (2012) estimam que o investimento em saúde (tanto público quanto privado) é de aproximadamente 8,4% do Produto Interno Bruto (PIB), ficando abaixo dos Estados Unidos que investem 15%, mas mais próximo dos países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que possuem sistema universal como Inglaterra (8,4%), Espanha (8,5%), Austrália (8,98%) e Canadá (10,1%)¹⁰³.

O problema do Brasil é que o investimento público é bem abaixo do privado, enquanto o primeiro está em torno de 45%, o segundo alcança 55%¹⁰⁴, fato inédito em país com sistema universal de saúde e que já alcançou a posição de sexta maior economia do mundo.¹⁰⁵ (OMS, 2012).

⁹⁸ De acordo com o art. 198, § 3º da CF/88.

⁹⁹ A lei complementar 141/2012 que regulamentou a EC 29 não prevê punição para os entes federativos que não cumprirem os investimentos estipulados.

¹⁰⁰ Em virtude do veto, foi criado o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública que luta por um Projeto de Lei de Iniciativa Popular para assegurar o repasse efetivo e integral de 10 % das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira, o que equivaleria a R\$ 40 bilhões anuais no orçamento da saúde. Mais informações em www.saudemaisdez.org.br

¹⁰¹ A União investirá apenas o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB.

¹⁰² Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA, 2013), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012).

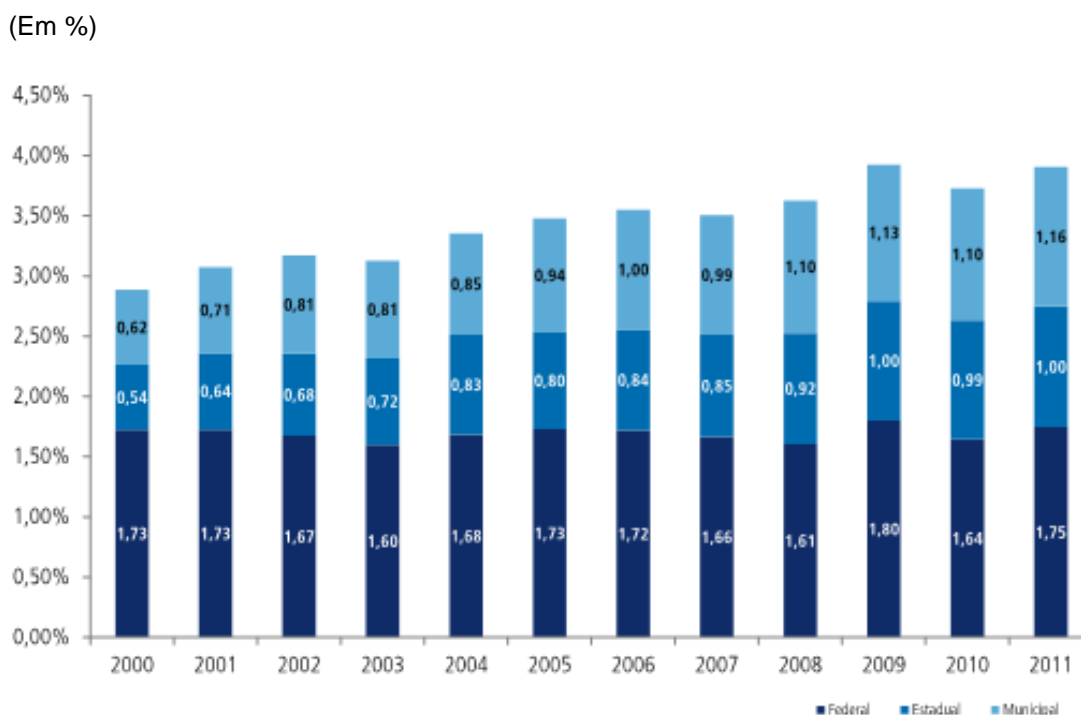
¹⁰³ Esses dados devem ser confrontados atualmente com a situação de crise econômica mundial porque passam esses países, especialmente a Espanha.

¹⁰⁴ O investimento privado é bancado majoritariamente pelo consumo das famílias, o que é preocupante numa conjuntura de crise econômica, além de contar com fartas desonerações e isenções fiscais do Estado.

¹⁰⁵ Só a título de comparação com países de sistema universal de saúde a Austrália tem investimento público de 67% e a Inglaterra 87% (OMS, 2012).

E o investimento público em relação ao PIB, nos últimos anos, fica abaixo da média de 4%, sendo 1,7% da União e o restante dividido entre Estados e Municípios, ainda com o agravante do recente corte, no ano de 2012, realizado pelo Governo Dilma de R\$ 5 bilhões no orçamento da saúde (de R\$ 77 para R\$ 72 bilhões) para cumprir o pagamento da dívida pública evidenciando a falta de comprometimento com o direito humano fundamental à saúde de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS) universal, integral e gratuito conforme a Constituição Federal. (PIOLA *et al.* 2013). O gráfico 5 exemplifica o pífio investimento em saúde, promovido pelos três entes federativos:

Gráfico 5 – Gasto em ASPS das três esferas de governo em relação ao PIB (2000 – 2011)



Fonte:Ministério da Saúde
Elaboração: Piola *et al.* (2013)

A saúde brasileira sempre esteve em um processo de subfinanciamento, necessitando de mais recursos para, além da efetivação constitucional, enfrentar os desafios do futuro como as mudanças no quadro demográfico e epidemiológico, as inovações tecnológicas e a melhor distribuição de recursos.

Portanto, precisamos de uma maior conscientização das três esferas de poder e da sociedade civil organizada no sentido de elaborar soluções para o

aumento do orçamento da saúde no Brasil como, por exemplo, a alternativa da Auditoria Constitucional da Dívida.

3.5 A Auditoria Constitucional da Dívida como Alternativa para o Aumento do Financiamento da Saúde

Há algumas alternativas que estão sendo debatidas pela sociedade brasileira para aumentar o orçamento da saúde: tributação sobre grandes fortunas, reforma tributária progressiva, criação de um novo imposto como a Contribuição Social para a Saúde (CSS), taxaço sobre produtos nocivos (álcool e tabaco), dentre outras. Então por que debater a auditoria da dívida como solução para a questão do financiamento da saúde? Não seria uma proposta muito radical sem a devida correlação de forças favorável para sua implementação?

Introduzimos este polêmico tema, com base em três argumentos, como proposta viável para resolver o financiamento da saúde com a utilização dos recursos financeiros provenientes da realização de uma auditoria da dívida pública brasileira.

Em primeiro lugar, analisamos a Teoria da Supremacia Constitucional, já que tanto a auditoria quanto a saúde são direitos fundamentais elencados na Carta Maior do Brasil, o que exige sua cabal efetivação e, em seguida, relatamos os exemplos internacionais de auditoria e seus reflexos no orçamento da saúde e, por último, analisamos a saúde como uma necessidade humana básica objetiva e universal que, por ter esta classificação, deve ser priorizada frente aos recursos de qualquer auditoria que seja efetivada pelo Estado.

3.5.1 A Teoria da Supremacia Constitucional

A Teoria da Supremacia Constitucional foi elaborada por Kelsen (2009) defendendo que o ordenamento jurídico seria uma construção escalonada de normas onde a Constituição seria a norma superior fundamental, por isto, a Lei Fundamental. Seus princípios, regras, direitos, deveres e garantias devem ser respeitados por todas as outras normas do ordenamento jurídico sob o risco de perder sua legitimidade, causar insegurança jurídica e demonstrar insinceridade normativa, ocasionando uma frustração constitucional. (BARROSO, 2007).

Tanto a auditoria da dívida elencada no art. 26 das Disposições Transitórias quanto o direito à saúde (art.6º e 196/200 da CF) são normas constitucionais fundamentais com força vinculativa e eficácia evidenciando sua imediata implementação.

A auditoria da dívida é preceito fundamental pois a análise completa da dívida, constatando irregularidades ou abusos e a consequente responsabilização daqueles que a promoveram, de acordo com o art. 26 do ADCT, vincula-se ao fundamento constitucional da soberania e dignidade da pessoa humana (art. 1º, I, CF), do objetivo fundamental da erradicação da pobreza (art. 3º, III, CF) e do princípio republicano relacionado ao adequado trato da coisa pública pelos agentes do Estado (ADPF 59/2004), caracterizando, desta forma, a defesa dos fundamentos e objetivos fundamentais da República. (MENDES, 2011).

De acordo com a Teoria da Supremacia Constitucional advogamos que os recursos advindos da auditoria da dívida devem ser utilizados para a efetivação do direito à saúde por este ser 1) universal; 2) depender de políticas sociais e econômicas para sua efetivação e 3) por sua relevância pública.

Com relação ao primeiro ponto, a saúde foi inserida no sistema híbrido da Seguridade Social brasileira (art.194, CF), híbrido pois conjuga em seu núcleo essencial direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência), direitos seletivos (assistência) e direitos de caráter universal (saúde) (BOSCHETTI, 2003). Portanto, dentre os direitos que compõem a Seguridade Social, somente a saúde tem a característica de ser universal, devendo por isso ser prioritária na destinação de recursos financeiros.

De acordo com o segundo ponto de análise, conforme o art. 196 da Constituição:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (grifo do autor).

Uma vez realizada a auditoria da dívida pública pelo Congresso Nacional para dar fim a esta omissão legislativa, o Estado brasileiro, com base no artigo mencionado, deve realocar os recursos auditados para o orçamento sanitário já que este ato constitucional evidencia a interligação entre política social (direito universal

e igualitário à saúde) com política econômica (auditoria da dívida), ratificando o artigo 196 da Carta Magna.

O terceiro e último ponto de argumentação referente à Teoria da Supremacia Constitucional refere-se à relevância pública das ações e serviços de saúde (art. 197, CF). Se os serviços públicos são aqueles serviços que se destinam a assegurar o bem do povo, a eliminar as carências individuais e regionais, o que também reflete o comprometimento com a concretização da dignidade da pessoa humana e do Estado Democrático de Direito, os serviços e ações de saúde foram constitucionalmente erigidos a serviços muito mais do que públicos, mas de relevância pública.

3.5.2 Exemplos Internacionais – Equador, Argentina e Grécia

Os adversários da auditoria da dívida argumentam que tal instrumento pode causar pânico no mercado financeiro internacional, gerando caos na política econômica e conseqüente isolamento do país na geopolítica internacional. Constatase que este argumento pode ser contraposto com os exemplos internacionais que citamos.

3.5.2.1 Equador

Dos três países que analisamos sobre suas ações em torno da auditoria da dívida e o financiamento da saúde, somente o Equador realizou uma auditoria oficial por meio do atual Governo do presidente Rafael Correa.

Em 2007, Correa editou o Decreto 472 criando a Comissão para a Auditoria Integral do Crédito Público (CAIC) com a tarefa de auditar oficialmente a dívida de seu país¹⁰⁶. Os objetivos principais eram analisar a situação real da dívida externa e interna, pública e privada e seus impactos econômicos e sociais. (EQUADOR, 2008).

O relatório final evidenciou irregularidades e ilegalidades baseadas em documentos jurídicos acordados com organismos multilaterais e credores internacionais. Dentre essas destacam-se a transformação da dívida externa em interna, contratual em bônus, privada em pública e uma espécie de reciclagem de

¹⁰⁶ A Comissão – que contou com 18 especialistas - analisou a dívida delimitando o período de 1976 a 2006 constatando o aumento de 1 bilhão para 14 bilhões de dólares (Auditoria Cidadã da Dívida).

dívidas vencidas ou por vencer, desrespeitando a soberania do Equador. (EQUADOR, 2008).

Em 2008, o Governo suspendeu os pagamentos aos detentores dos títulos da dívida pública e enviou o relatório final para organizações e tribunais jurídicos internacionais, tendo a argumentação pela auditoria respaldada em nível internacional. A proposta final do Governo equatoriano, em 2009, foi acatar entre 25 e 30% do valor dos títulos para pagamento, sendo aceita por 95% dos credores, dadas as fundamentadas provas jurídicas que continham no relatório final. (EQUADOR, 2008).

Com os recursos obtidos com a auditoria da dívida, o Governo equatoriano, de acordo com a Secretaria Nacional de Planejamento e Desenvolvimento (SENPLADES), aumentou o investimento em saúde de US\$ 437 milhões para US\$ 3,4 bilhões e, somente em 2010, foram reformados e/ou criados 497 hospitais e centros de saúde, e foram entregues para a população 155 ambulâncias, 19 tomógrafos, 35 mamógrafos e 6 unidades cirúrgicas.

Óbvio que o sistema de saúde equatoriano também passa por várias contradições e problemas, com políticas públicas focalizadas, terceirizações e desigualdades no atendimento dos cidadãos, mas a auditoria realizada pelo Governo foi um passo importante para o início da melhoria nas estruturas sanitárias do país.

3.5.2.2 Argentina

Na Argentina, a ilegalidade do pagamento da dívida foi comprovada com o inquérito judicial realizado pelo jornalista e ativista dos direitos humanos Alejandro Olmos, ainda durante a ditadura (1982), que tramitou durante dezoito anos tendo a sentença expedida no ano 2000 pelo juiz Ballesteros que evidenciou “a existência de um vínculo explícito entre a dívida externa, a entrada de capital externo de curto prazo e altas taxas de juros no mercado interno” (Causa 14.467)¹⁰⁷.

O juiz federal “demonstrou a existência de uma conivência entre a ditadura argentina, o FMI e os bancos privados internacionais” (DIAZ, 2003, p.167) relatando ilegalidades como conflitos de interesses por meio da atuação de funcionários

¹⁰⁷ Conferir Causa 14.467, Alejandro Olmos S/dcia. Expediente n. 7.727, tramitado ante Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional Federal. Sentença de 13 de julho de 2000, conhecida como sentença Olmos.

públicos, criação artificial de dívidas sem contrapartida, ausência de registro contábil no Banco Central da Argentina, o que propiciou que os contratos e montantes da dívida fossem determinados pelos próprios credores da dívida, dentre outras fraudes. (KEENE, 2003).

A Sentença Olmos, como é conhecida, transformou-se em exemplo de Direito Internacional ratificando conceitos como Dívida Odiosa que tem como objetivo “submeter um povo à dominação colonial” (DIAZ, 2003, p.161); Insolvência Soberana que é um mecanismo de arbitragem e mediação da dívida realizada com participação popular (RAFFER, 2003); e Inexistência do Princípio de Transmissão de Dívidas, por exemplo, de um regime ditatorial para um regime democrático. (DIAZ, 2003).

Apesar dessa sentença, o Governo argentino (principalmente no período Menem) continuou acordando com o FMI, priorizando o pagamento de juros da dívida pública, realizando intensos planos de privatização e fortalecendo o capital financeiro internacional, o que desencadeou a maior crise econômica da história da Argentina em 1999/2002.

Apesar do alto investimento total em saúde se comparado com outros países da região, o investimento especificamente público da saúde argentina está em torno de 2% do PIB, ou seja, distante dos 5% recomendados pela OMS. Tendo em vista este problema, o Parlamento argentino está tentando instaurar uma Comissão Parlamentar (como já havia acontecido em 1984) para auditar a dívida para que recursos sejam alocados no orçamento sanitário, e em outros orçamentos sociais. (LUQUE, 2011).

3.5.2.3 Grécia

Com a crise econômica mundial iniciada em 2007/2008 nos Estados Unidos e alastrada na Europa nos anos seguintes atingindo fortemente países denominados pejorativamente de PIIGS¹⁰⁸ (Portugal, Itália, Irlanda, Grécia e Espanha), o exemplo mais expressivo da gravidade desta situação é a do país helênico.

A Grécia vem sofrendo as consequências da crise econômica com cortes de verbas nos serviços públicos de saúde, educação, segurança, redução de salários, flexibilização das leis trabalhistas, limitação do direito ao lazer (com suspensão até

¹⁰⁸ Pejorativo porque a sigla faz referência a porcos, em inglês.

de feriados), privatização de empresas e serviços estratégicos e contínuos acordos com o FMI, o Banco Central Europeu (BCE) e União Europeia (UE), tomando empréstimos a juros altos sem uma relevante contrapartida que capacite o país a ter uma razoável margem de manobra sobre sua política econômica. (FATORELLI, 2007).

Os movimentos sociais gregos que protestam nas ruas contra a situação atual do país colocam em destaque a exigência de uma auditoria da dívida que tenha como período de análise maio de 2010/2012, defendendo seu caráter de Dívida Illegítima (que tem conceito próximo ao de Dívida Odiosa) porque: 1) acordada sem o consentimento do povo; 2) o gasto dos recursos financeiros contrariou os interesses da Nação e; 3) os credores e detentores dos títulos da dívida sabiam dos dois aspectos anteriores.¹⁰⁹ (SAACK, 1927).

No caso específico da saúde pública grega, o Governo diminuiu o investimento em 40% nos últimos dois anos, ao mesmo tempo que os centros públicos de assistência sanitária têm recebido um aumento no fluxo de pacientes de mais de 30% por causa do rompimento com os planos privados de saúde. Falta uma mínima estrutura básica nos hospitais públicos como papel higiênico e seringas, não há medicamentos suficiente e o aumento da carga de trabalho dos profissionais de saúde sem o respectivo aumento salarial ocasiona, em média, quatro vezes mais atendimentos e o alargamento do prazo de espera. (KENTIKELINIS *et al.*, 2011).

Para resolver esta situação o Governo grego que assumiu recentemente¹¹⁰ teria que ouvir os movimentos sociais e auditar a dívida grega que está consumindo a maioria do orçamento social, principalmente o orçamento sanitário. O caso grego está distante de ser solucionado, evidenciando a dicotomia entre o Sistema da Dívida com a Troika¹¹¹ e o Sistema de Saúde.

3.5.3 Necessidades Humanas Básicas Objetivas e Universais

A teoria das necessidades humanas básicas objetivas e universais de Doyal e Gough (2010) será apresentada com o intuito de defender a priorização do orçamento da saúde (frente a outros orçamentos) em relação ao destino dos

¹⁰⁹ Estes argumentos também estão lastreando polos de auditoria da dívida em outros países da Europa como Portugal, Itália, França e Bélgica (www.auditoriacidada.org.br)

¹¹⁰ O conservador Nova Democracia (ND), de Antonis Samaras, venceu as eleições de junho de 2012.

¹¹¹ FMI, BCE e UE.

recursos financeiros auditados por pretensão ato institucional referente à dívida pública.

Diferentemente da Teoria da Hierarquia de Necessidades de Maslow que escalona as necessidades desde as fisiológicas até as de realização pessoal, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Doyal e Gough (2010) são classificadas em objetivas e universais criticando, desta forma, o individualismo e relativismo propugnados por interpretações liberais.

São objetivas porque são constatáveis de forma empírica de modo exterior ao indivíduo, não confundindo com desejos, aspirações ou preferências individuais e são universais porque a não implementação pode originar um estado de sérios prejuízos ao ser humano e esta concepção de sérios prejuízos é válida para qualquer indivíduo, em qualquer parte da Terra, sob quaisquer condições, podendo prejudicar tanto aspectos objetivos (condições materiais) quanto aspectos subjetivos (capacidade de reflexão, senso crítico, e outros). (DOYAL; GOUGH, 2010).

Complementando esta teoria, Doyal e Gough (2010) defendem que só há dois conjuntos de necessidades humanas básicas objetivas e universais: saúde e autonomia.

A saúde é a mais importante dentre as necessidades humanas básicas e direitos sociais pois sua implementação por meio de políticas públicas do Estado é de fundamental importância para que os indivíduos participem de todos os atos da vida em sociedade com pleno vigor físico e psicológico, desta forma, o direito básico à saúde pode ser interpretado como direito à vida. (DOYAL; GOUGH, 2010).

Doyal e Gough (2010), assim como Pereira (2011), criticam os mínimos sociais ao afirmarem que as necessidades humanas são básicas, ou seja, não são meramente soluções fisiológicas ou políticas públicas focalizadas como alguns doutrinadores do Direito defendem em relação ao Direito Sanitário com a tese do mínimo existencial.

Portanto, além de objetiva e universal a saúde é básica, ou seja, integral, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento, a reabilitação e políticas públicas que efetivem seus fatores condicionantes e determinantes (saneamento básico, alimentação, moradia, trabalho, educação e outros).

Com a necessidade humana básica, objetiva e universal da saúde o ser humano alcança o processo de autonomia onde terá capacidade de planejar seus

atos e ações, intervindo na realidade de acordo com seus ideias e se responsabilizando sobre eles.

O processo de autonomia não é apenas individualizado, mas principalmente coletivo, onde a participação popular democrática é instrumento para o salto de qualidade de sua consciência como cidadão, onde a ação individual é sempre social. (DOYAL, GOUGH, 2010).

A saúde e a autonomia são precondições para a luta pela emancipação humana, são necessidades básicas objetivas e universais que devem ser priorizadas por meio de políticas públicas do Estado Democrático de Direito. Dentro dessas políticas públicas, o Governo que audita a dívida deve transferir os recursos economizados para o orçamento da saúde, para a efetivação desta necessidade humana básica objetiva e universal.

3.5.4 Uma Alternativa Realista

O Orçamento Federal brasileiro dedica-se, há aproximadamente 15 anos, em torno de 45%¹¹² de sua fatia para o pagamento de juros e amortizações da dívida e pouco mais de 4 % para a saúde, demonstrando que a prioridade da política econômica é o favorecimento do capital financeiro internacional.

O Brasil realizou uma auditoria da dívida oficial no Governo Vargas (1930-45) revelando irregularidades e cláusulas abusivas, o que contribuiu para a suspensão e diminuição da dívida pública favorecendo conquistas sociais. Mas nos anos seguintes e, principalmente, durante a ditadura militar, houve um aumento no pagamento de juros e amortizações originando uma reação da sociedade pressionando por meio de Comissões Legislativas até a inserção da constitucionalização da auditoria da dívida em 1988.

No entanto, a dívida, conforme a Constituição, nunca foi auditada, propiciando a criação do movimento social pela Auditoria Cidadã que articula várias

¹¹² No pagamento da dívida são computados o “refinanciamento” ou “rolagem” pois: a) o próprio Governo Federal contabiliza, na rubrica “Amortizações”, a maioria do valor dos juros nominais efetivamente pagos e; b) de acordo com a Lei nº 10.179, de 2001, o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI – considera a rolagem como gasto com a dívida pública, considerando que os recursos obtidos com a venda de títulos poderiam, em tese, se destinar a outros investimentos. Informação disponível em <http://www.auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Carta-Dilma-versao-compilada.pdf>. Acesso em 13 de junho de 2014.

demandas em prol do cumprimento constitucional como ações da OAB junto ao STF e nova CPI realizada em 2009 ainda pendente de efetivação.

Em relação ao financiamento da saúde, não foi possível uma estabilidade e segurança jurídica pois não foi efetivado 30 % do Orçamento da Seguridade Social. O imposto provisório (CPMF) que era responsável por 1/3 dos recursos foi extinto em 2007 e a EC 29/2000 foi regulamentada doze anos depois sem contemplar os 10 % da receita corrente bruta da União. Todo este cenário relaciona-se com um investimento público de apenas 45 %, sendo o privado de 55%, caracterizando o Brasil como o único país do mundo de sistema universal onde o investimento privado é maior que o público.

A auditoria da dívida é uma obrigação constitucional. Os recursos financeiros destinados ao pagamento da dívida devem ser revertidos à saúde, seguindo os exemplos internacionais, pois este é um direito universal que deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas caracterizando-se por ser de relevância pública e necessidade humana básica objetiva e universal.

Para corroborar a argumentação desenvolvida, dados da Auditoria Cidadã da Dívida, publicados na Revista Radis nº 137, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), demonstram que, no ano de 2012, foram consumidos 753 bilhões de reais por meio do pagamento da dívida pública. Com esse montante, o Governo poderia construir 974 mil unidades básicas de saúde (UBS), 188 mil unidades de pronto atendimento e 4 mil hospitais públicos.

Portanto, para a efetiva implementação do sistema de saúde universal, integral e igualitário, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, é de fundamental importância a auditoria constitucional da dívida pública brasileira para que os recursos financeiros auditados pelo Estado possam fortalecer o orçamento sanitário. Somente com o cumprimento deste mandamento constitucional pode-se vislumbrar um verdadeiro Estado democrático onde realmente todos terão direito à saúde e ao bem-estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que a Nova República no Brasil, caracterizada pela redemocratização, resumiu-se, na maior parte da história, na disputa de dois projetos antagônicos: da esquerda democrática e do setor centro-direitista. Depois da chegada ao poder desses dois polos ideológicos, sem nenhuma mudança estrutural que beneficie a maior parte da população, há uma sensação de desgaste dos mecanismos que permitem a governança via presidencialismo de coalizão.

As manifestações de junho de 2013, que mobilizaram todo o país, vieram para denunciar as conjecturas regressivas que se dão por cima das prioridades do povo e a ausência de uma postura conflitiva e honesta de propostas e ações para a viabilidade das reformas estruturais. Os artifícios utilizados para manter governos sem definição ideológica clara, sem transparência e participação no direcionamento dos investimentos sociais e sem enfrentamento visível entre os dois polos de confrontação, o que Nobre (2013) define como “peemedebismo”, foram o estopim para colocar em xeque o regime democrático burguês no Brasil por meio de denúncias de massivas manifestações.

Tais fatos também impactaram a saúde pública. De origem progressista e avançada, com uma normatização exemplar para o mundo, as políticas públicas aplicadas no setor se transformaram em refém da fúria dos mercados financeiros que financiam os principais candidatos, cobrando a fatura por meio da expansão da privatização do setor. O SUS tem sido um mecanismo para consolidar a focalização da saúde para uma população que não tem condições de formar opinião e de influir nas manifestações no país.

Nesse contexto, tem se formado instrumentos que fomentam os retrocessos sanitários na política pública de saúde que, como vimos, têm natureza doutrinária, por meio de criações como o “mínimo existencial” e a “reserva do possível” os quais direcionam o Governo para a implantação de projetos institucionais contrários aos militantes do SUS, como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a regulamentação do percentual mínimo que deve ser investido na saúde sem uma contrapartida orçamentária da União, no caso específico, ausência de investimento federal mínimo de 10% de sua receita corrente bruta.

Tais retrocessos vêm ao encontro da ideologia neoliberal, dominante nas políticas públicas brasileiras que são implementadas atualmente pelo Estado, principalmente com o enfraquecimento da organização da esquerda democrático-popular que, ao chegar ao Governo, não conseguiu (ou simplesmente não quis) paralisar o processo de desmonte do Estado Social e Democrático de Direito, se conformando com a expansão de uma política assistencial que, sem dúvida, é conjunturalmente positivo para um país tão desigual como o nosso, mas sem perturbar minimamente a elite dominante, o que, estruturalmente, é decepcionante se pensarmos num projeto de nação conforme os objetivos e fundamentos de nossa República Federativa.

Depois de quase três décadas de redemocratização, de mais de 25 anos de vigência da Constituição da República, de 6 eleições presidenciais e de uma alternância de poder entre os principais projetos pretensamente em disputa, que nos apresentaram a tímidos avanços e a desinibidos retrocessos na seara das políticas públicas, é chegada a hora de voltarmos a discutir se desejamos apenas transformações conjunturais, sem alterar a composição das classes sociais no Brasil, ou se almejamos transformações estruturais, reformas de base para que possamos cumprir com as diretrizes da nossa Carta Constitucional, redistribuindo a renda e melhorando os principais índices sociais no Brasil, alterando a raiz dos problemas. Para que isso ocorra, precisamos de um debate franco e honesto entre as principais correntes democráticas do país, que envolva a maioria dos setores de nossa sociedade, se esforçando para a produção de um programa mínimo que tente resolver os principais entraves do país.

É preciso que o Movimento Sanitário enfrente essa conjuntura de descenso e refluxo das lutas sociais em prol da defesa dos objetivos, diretrizes e princípios do SUS, patrimônio que reflete as conquistas do povo brasileiro. Para voltar a ser protagonista de um projeto de sociedade, o Movimento Sanitário precisa se reinventar, renovando e oxigenando suas práticas e atitudes e renovando seus quadros, sintonizado com as principais questões que movimentam o país no plano do direito sanitário.

Para ser coerente com propostas estruturais, que alterem significativamente a composição social do Brasil, o Movimento Sanitário, em defesa de uma saúde de relevância pública, gratuita, democrática, universal, equânime e integral, deve apresentar alternativas radicais (que vão à raiz dos problemas) para intervir na

realidade, tais como o princípio da proibição do retrocesso social e a auditoria constitucional da dívida pública. Tais alternativas, apesar de consideradas radicais para a conjuntura conservadora em que estamos atuando, tem como lastro reivindicativo a Constituição da República Federativa do Brasil.

O princípio da proibição do retrocesso social é um instrumento democrático para ser usado como bandeira de luta em defesa da saúde pública, conforme a construção popular do SUS, não permitindo retrocessos em sua implantação, pois se encontra na defesa do arcabouço constitucional já estabelecido e ratificado tanto na subjetividade do povo brasileiro, quanto também na objetividade de nossa cultura, fazendo parte de nosso patrimônio sociocultural. Como constatamos na análise desse princípio, as políticas públicas de saúde – incluindo aqui o direito sanitário – não devem retroceder na atuação de defesa da população, principalmente a população hipossuficiente, o que seria um atentado contra os objetivos e fundamentos de nossa República, já que obstaculiza a construção de uma sociedade mais solidária, justa e igual, ferindo o princípio da dignidade da pessoa humana, base de nossa Carta Constitucional.

E sobre a auditoria constitucional da dívida, demonstramos que esse instrumento é fundamental para combater o rentismo parasitário que auferes lucros com a especulação na bolsa de valores, fomentando capital improdutivo e superexploração dos trabalhadores e, o mais grave, retendo recursos orçamentários que poderiam ser utilizados para a efetivação do SUS constitucional, com a implementação completa de todas suas diretrizes, princípios e objetivos.

Vimos que não há fundamento para o temor de uma auditoria, pelo contrário, um país que age com soberania, politizando sua população, tendo como base seu texto constitucional que, como explanamos durante todo o trabalho, não é apenas um texto jurídico, mas um Projeto de Nação, já que foi discutido efetivamente por amplos setores da sociedade, é um país que tem respeito por seu regime político, por suas instituições e, principalmente, por seu povo, que é responsável direto pelo funcionamento soberano do Estado.

É preciso, portanto, que o Movimento Sanitário seja novamente protagonista de um projeto audacioso e libertário de saúde pública, que abarque todos os cidadãos interessados na melhoria e afirmação de nosso sistema universal de saúde para que possamos ser uma nação socialmente desenvolvida, onde o direito à saúde seja efetivado para toda a população, sem qualquer tipo de diferenciação e

preconceito. Para que isso ocorra, precisamos disputar a hegemonia da sociedade nesse quadro de descenso, refluxo e crise em que estamos vivendo, defendendo a política do SUS de maneira a formar uma consciência militante em prol do direito à saúde numa perspectiva progressista e transformadora para que possamos construir, enfim, uma cidadania sanitária.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. 2006. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23102006-144712/>. Acesso em: 30 de maio de 2014.

ALEMANHA. *DEUTSCHLAND*. München: Verlag C.H. Beck, 2012.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2011.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos Ideológicos de Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

ALVES, Cândice Lisbôa. **Direito à Saúde: Efetividade e Proibição do Retrocesso Social**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2013.

AMARAL, Gustavo. **Direito, Escassez e Escolha**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-Neoliberalismo: as Políticas Sociais e o Estado Democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDREAZZI, Maria de Fátima. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado. In **Revista Brasileira de Educação Médica** 37 (2): 275-284; 2013.

ANTUNES, Ricardo; BRAGA, Ruy. **Os Dias que Abalaram o Brasil: As Rebeliões de Junho, Julho de 2013**. Disponível em <http://r5vereador.wordpress.com/2013/07/01/os-dias-que-abalaram-o-brasil-as-rebelies-de-junho-julho-de-2013/>. Acesso em 20 de maio de 2014.

ARAÚJO, Luís Alberto David. O Conceito de Relevância Pública na Constituição Federal de 1988. In **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, V5 (2) 90-97, jul. 2004.

ARCARY, Valério. **As Esquinas Perigosas da História: Situações Revolucionárias em Perspectiva Marxista**. São Paulo: Xamã, 2004.

_____. **O Encontro da Revolução com a História: Socialismo como Projeto na Tradição Marxista**. São Paulo: Sundermann e Xamã, 2006.

_____. **Um Reformismo Quase sem Reformas: Uma Crítica do Governo Lula em Defesa da Revolução Brasileira**. São Paulo: Sundermann. 2011.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Saraiva, 2000.

AROUCA, Sérgio. **O Dilema Privatista**. Campinas: Unesp, 2003.

BACELAR, Tânia; BENJAMIN, César. **Brasil: Reinventar o Futuro**. Rio de Janeiro: Sindicato dos Engenheiros do Estado do Rio de Janeiro, 1995.

BACHOF, Otto. **Begriff und Wesen des Sozialen Rechtsstaates**. In VVDStRL nº 12, Berlim, 1954.

BAHIA, Lígia; SCHEFFER, Mário. Planos e Seguros Privados de Saúde. In GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BARBALET, Jack. **A Cidadania**. Lisboa: Estampa, 1989.

BARBOSA, Nelson; SOUZA, José Antônio Pereira de. A Inflexão do Governo Lula: Política Econômica, Crescimento e Distribuição de Renda. In SADER, Emir; GARCIA, Marco Aurélio. (Orgs.). **Brasil: entre o Passado e o Futuro**. São Paulo: Perseu Abramo/Boitempo, 2010.

BARCELLOS, Ana Paula. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2012.

BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e Aplicação da Constituição**. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. **O Direito Constitucional e a Efetividade de suas Normas: Limites e Possibilidades da Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

_____. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BATISTA, Paulo Nogueira. O Consenso de Washington: A Visão Neoliberal dos Problemas Latino-Americanos. In SOBRINHO, Barbosa Lima et al. (Orgs.). **Em Defesa do Interesse Nacional: Desinformação e Alienação do Patrimônio Público**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BATISTA JR, Francisco. **A Agonia do SUS**. Disponível em <http://fopspr.wordpress.com/2010/01/13/a-agonia-do-sus-por-francisco-batista-junior/>. Acesso em 25 de maio de 2014.

BEHRING, Elaine. **Brasil em Contrarreforma: Desestruturação do Estado e Perda de Direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo: Cortez, 2011.

BELLUZZO, Luiz Gonzaga. **O Capital e suas Metamorfoses**. São Paulo: Unesp, 2013.

BENJAMIN, Cesar. **Bom Combate**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.

BENJAMIN, César *et. al.* **A Opção Brasileira**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1998.

BENJAMIN, César; GEBRIM, Ricardo. O Que Propõe o Movimento Consulta Popular? *In Revista dos Sem Terra*, n. 30 maio/jun. 2005.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As Políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e Perspectivas Atuais. *In Revista da Escola de Enfermagem da USP*. V 30, n. 3, p. 380-398, Dez. 1996.

BIONDI, Aloysio. **O Brasil Privatizado: Um Balanço do Desmonte do Estado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BÖCKENFÖRDE, Ernst-Wolfgang. **Teoría e Interpretación de los Derechos Fundamentales**. Baden-Baden: Nomos, 1993.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. São Paulo: Malheiros, 2014.

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da Reforma da Previdência na Seguridade Social Brasileira. *In Psicologia e Sociedade* 15 (1): 57-96; jan/jun. 2003.

_____. **Assistência Social no Brasil: um Direito entre Originalidade e Conservadorismo**. Brasília: GESST/SER/UnB, 2003.

BRASIL. **Conselho Federal de Serviço Social**. CFESS Manifesta contra Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/2014cfessmanifesta-ebserh.pdf>. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**. Moção nº 15, de 06 de outubro de 2011. Disponível em <https://docs.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpOWktYmdWdk1Tc09CVVY5bHJYaGpNdw/edit?pli=1>. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 2014.

_____. **Decreto nº 7.082**, de 27 de janeiro de 2010. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Decreto-Lei nº 5.452**, de 1º de maio de 1943. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Decreto-Lei nº 200**, de 25 de fevereiro de 1967. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Decreto-Lei nº 900**, de 29 de setembro de 1969. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0900.htm. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Lei nº 12. 871**, de 22 de outubro de 2013. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Lei nº 12. 550**, de 15 de dezembro de 2011. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2011/lei-12550-15-dezembro-2011-612010-norma-atualizada-pl.html>. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Medida Provisória (MP) nº 520**, de 31 de dezembro de 2010. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/mpv/520.htm. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Projeto de Lei (PL) nº 1.749**, de 05 de julho de 2011. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=511029>. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 306**, de 12 de maio de 2008. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=394079>. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 321**, de 29 de agosto de 2013. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=589775>. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 123**, de 02 de fevereiro de 2012. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=533729>. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Projeto de Lei do Senado Federal nº 121**, de 20 de março de 2007. Disponível em http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=80262. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Regimento Interno da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH**. Disponível em http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/legislacao/regimento_interno_dou_02_04_2014_aprovado_ca_26_03_2014.pdf. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Relatório Final da XIV Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf. Acesso em 31 de maio de 2014.

_____. **Relatório Final da CPI da Dívida Pública**. Câmara dos Deputados. Brasília: Câmara dos Deputados, 2010. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/53a-legislatura-encerradas/cpidivi/relatorio-final-aprovado/relatorio-final-versao-autenticada>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In MOTA, Ana Elisabete *et al.* (Org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Proposta de Desenvolvimento para o Brasil. In **Revista de Economia Política**, V. 24, n. 4 (96), p. 625-630, Out/Dez. 2004.

_____. **As Lutas Pela Saúde: Desafios da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**. Disponível em http://www.sbpnet.org.br/livro/64ra/PDFs/arg_1742_234.pdf. Acesso em 02 de maio de 2014.

CANOTILHO, José Joaquim. Rever ou Romper com a Constituição Dirigente? Defesa de um Constitucionalismo Moralmente Reflexivo, In **Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política**, n.15, São Paulo: Revista dos Tribunais, Jan/Jun. 1998.

CARVALHO, Gilson. A Saúde no Brasil. In **Revista Estudos Avançados USP** nº 78, 2013.

_____. **A Saúde Pública Precisa de Mais Recursos do Governo Federal**. Disponível em <http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-31-44/opinia0/33-saude-publica>. Acesso em 31 de maio de 2014.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: O Longo Caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social: uma Crônica do Salário**. Petrópolis: Vozes, 1995.

CASTELL, Manuel. **Networks of Outrage and Hope: Social Movements in the Internet Age**. Cambridge: Polity Press, 2012.

CERQUEIRA, Laurez. **Florestan Fernandes: Vida e Obra**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

CHESNAIS, François (Org.). **A Finança Mundializada: Raízes Sociais e Políticas, Configuração, Consequências**. São Paulo: Boitempo, 2005.

CONTO, Mário de. **O Princípio da Proibição do Retrocesso Social: uma análise a partir dos pressupostos da hermenêutica filosófica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

COMPARATO, Fábio Konder. **Rumo à Justiça**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CORRÊA, Vanessa; SIMIONI, Mônica. **Desenvolvimento e Igualdade: Homenagem aos 80 anos de Maria da Conceição Tavares**. Rio de Janeiro: IPEA, 2011.

COSTA, Alexandre; SOUSA JR, José Geraldo de (Orgs.). **O Direito Achado na Rua: Introdução Crítica ao Direito à Saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2009.

COSTA, Ana Maria. Saúde é Desenvolvimento. *In* SADER, Emir (Org.). **10 Anos de Governos Pós-Neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2013.

COURTIS, Christian (Org.) **Ni um Paso Atrás: la Prohibición de Regresividad em Materia de Derechos Sociales**. Buenos Aires: Del Puerto, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. **A Democracia como Valor Universal**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

CUNHA JR. Dirley da. **Controle de Constitucionalidade: Teoria e Prática**. Porto Alegre: JusPodivm, 2010.

DALLARI, Dalmo. Fundações Estatais: Propostas Polêmicas. *In* **Revista de Direito Sanitário**. V. 10. n. 1p. 71-80 Mar/Jul. 2009.

DALLARI, Sueli. O Conteúdo do Direito à Saúde. *In* COSTA, Alexandre *et al.* (Orgs.). **O Direito Achado na Rua: Introdução Crítica ao Direito à Saúde**. Brasília: p. 91-101; CEAD/UnB, 2009.

_____. O Direito à Saúde. *In* **Revista de Saúde Pública**. V. 22 n. 1 São Paulo, Fev. 1988.

DA SILVA, Ricardo Augusto. **Direito Fundamental à Saúde: O Dilema entre o Mínimo Existencial e a Reserva do Possível**. Belo Horizonte: Fortium, 2010.

DERBLI, Felipe. **O Princípio da Proibição do Retrocesso Social na Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

DI PIETRO, Maria Sylvia. **Parcerias na Administração Pública: Concessão, Permissão, Franquia, Terceirização, Parceria Público-Privada e outras formas**. São Paulo: Atlas, 2011.

DIAZ, Hugo Ruiz. Dívida Odiosa ou Dívida Nula. *In* FATORELLI, Maria Lúcia (Org.). **Auditoria da Dívida Externa: Questão de Soberania**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2003.

DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, Marta Assumpção. A Formulação da Nova Política de Saúde no Brasil em Tempos de Democratização: Entre uma Conduta Estatista e Uma Concepção Societal de Atuação Política. *In* **Revista Política e Sociedade**, n.03, Out. 2003.

DOYAL, Len; GOUGH, Ian. **Teoria de las Necesidades Humanas**. Madrid: Icaria, 2010.

DULCI, Luiz. **Um Salto para o Futuro: Como o Governo Lula colocou o Brasil na Rota do Desenvolvimento**. São Paulo: Perseu Abramo, 2013.

DWORKIN, Ronald. **Uma Questão de Princípio**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

EQUADOR, **Auditoria de la Deuda Interna Pública del Ecuador. Ministerio de Economía y Finanzas**. Quito, Sept/2008. Disponível em http://www.movimientoecuador.co.uk/files/ec19_deudaexterna.pdf. Acesso em 25/05/2014.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata. História dos Trabalhadores da Saúde. *In* **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 13 n. 3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2008.

ESSER, Jossef. **Principio y Norma en la Elaboración Jurisprudencial del Derecho Privado**. Barcelona: Bosch, 1961.

FAORO, Raymundo. **Os Donos do Poder**. Rio de Janeiro: Globo, 2008.

FARENA, Duciran. A Saúde na Constituição Federal. *In* **Boletim do Instituto Brasileiro de Advocacia Pública**. N.4, 1997 (23).

FATTORELLI, Maria Lúcia. **Auditoria da Dívida Externa: Questão de Soberania**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2003.

_____. O Manejo da Dívida Pública. In SICSU, João (Org.). **Arrecadação, de Onde Vem? E Gastos Públicos, Para Onde Vão?** São Paulo: Boitempo, 2007.

FELIPE, Saraiva. **Projeto Montes Claros**. Belo Horizonte: DAD/COC, 1993.

FERNANDES, Florestan. **Nova República?** Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

FILGUEIRA, Fernando *et al.* **Universalismo Básico: Uma Alternativa Necessária para Melhorar las Condiciones de Vida en América Latina**. Washington D.C: BID, 2006.

FILGUEIRAS, Luiz. **A História do Plano Real: Fundamentos, Impactos e Contradições**. São Paulo: Boitempo, 2006.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Manifesto contra a EBSEH**. Disponível em <http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/manifesto-contra-ebserh-leia-informe-se.html>. Acesso em 31 de maio de 2014.

FUKUYAMA, Francis. **O Fim da História e o Último Homem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

GASPARI, Elio. **As Ilusões Armadas: A Ditadura Escancarada**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

GENRO, Tarso. **Direito, Constituição e Transição Democrática**. Brasília: Francis, 2013.

GOMES, Ciro. **Um Desafio chamado Brasil**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GONÇALVES, Reinaldo. **Desenvolvimento às Avessas: Verdade, Má-Fé e Ilusão no Atual Modelo Brasileiro de Desenvolvimento**. São Paulo: L TC, 2013.

_____. Auditoria e Dívida Externa: Lições da Era Vargas. In FATTORELLI, Maria Lúcia (Org.). **Auditoria da Dívida Externa: Questão de Soberania**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2003.

GONÇALVES, Reinaldo; POMAR, Valter. **O Brasil Endividado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na Contramão do Neoliberalismo e da Exclusão Social. In **Revista de Estudos Avançados**. V. 43 n. 35, São Paulo Jan/Abr. 1999.

GRAMSCI, Antônio. **Concepção Dialética da História**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.

_____. **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

GRANEMANN, Sara. Previdência Social: Da Comuna de Paris aos (Falsos) Privilégios dos Trabalhadores. *In* NAVARRO, Vera; LOURENÇO, Edvânia. (Orgs.). **O Averso do Trabalho**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

GRAU, Eros. **A Ordem Econômica na Constituição de 1988**. São Paulo: Malheiros, 2011.

GUIMARÃES, Juarez (Org.). **Leituras da Crise: Diálogos sobre o PT, a Democracia Brasileira e o Socialismo**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2006.

HARVEY, David. **Neoliberalismo: História e Implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

HARVEY, David et al. **Occupy: Movimentos de Protesto que tomaram as Ruas**. São Paulo: Boitempo, 2012.

HAYEK, Friedrich. **O Caminho da Servidão**. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010.

HESSE, Konrad. **Elementos de Direito Constitucional da República Federal da Alemanha**. Porto Alegre: Sergio Fabris, 1998.

JACOB, Cesar; HESS, Dora; WANIEZ, Phillippe. **Religião e Território no Brasil**. Rio de Janeiro: PUC Rio, 2013.

KEENE, Beverly. Que Pague o Povo o que Deve o Povo. *In* FATORELLI, Maria Lúcia (Org.). **Auditoria da Dívida Externa: Questão de Soberania**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2003.

KELBERT, Fabiana. **Reserva do Possível e a Efetividade dos Direitos Sociais no Direito Brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

KENTIKELLENIS, Alexander; KARANIKOLOS, Marina; PAPANICOLAS, Irene; BASU, Sanjay; MCKEE, Martin; STUCKLER, David. Health Effects of Financial Crisis: Omens of a Greek Tragedy. *In* **The Lancet** V.378, p. 1457-1458 Out. 2011.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

KRELL, Andreas Joachim. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha: Os (Des) Caminhos de um Direito Constitucional "Comparado"**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2002.

LARENZ, Karl. **Derecho Justo: Fundamentos de Ética Jurídica**. Madrid: Civitas; 2001.

LÊNIN, Wladimir Ilitch. **Obras Escolhidas em Seis Tomos**. Lisboa-Moscú: Avante!-Progresso, 1989, t.6.

LOPEZ, Elaine. **A Política Hospitalar Brasileira**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.enasp.fiocruz.br/biblioteca/dados/Aul%20ELAINE%20LOPEZ.ppt>. Acesso em: 31 de maio de 2014.

LUKÁCS, György. **Para uma Ontologia do Ser Social**. São Paulo: Boitempo, 2012.

LUQUE, Fernando. **A Problemática do Sistema de Saúde Argentino**. Disponível em: http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=18548. Acesso em 30/03/2014.

MANDEL, Ernest. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARQUES, Sílvia Badim. **O Direito ao Acesso Universal a Medicamentos no Brasil**: diálogos entre o direito, a política e a técnica médica. 2011. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-31102011-100650/>>. Acesso em 06 de junho de 2014.

MARCH, Cláudia. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidades Públicas e Autonomia: Ampliação da Subordinação à Lógica do Capital. *In Universidade e Sociedade* nº 49, jan. 2012.

MARINI, Ruy Mauro. **Dialética da Dependência**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MARMELSTEIN, George. **Curso de Direitos Fundamentais**. São Paulo: Atlas, 2011.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

_____. **Crítica à Filosofia do Direito de Hegel**. São Paulo: Editora Boitempo, 2005.

MARSHALL, Thomas. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MASCARO, Alysso. **Lições de Sociologia do Direito**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

MATTOSO, Jorge. O Brasil Herdado. *In* SADER, Emir; GARCIA, Marco Aurélio. (Orgs.). **Brasil: entre o Passado e o Futuro**. São Paulo: Perseu Abramo/Boitempo, 2010.

MENDES, Áquilas. **Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: Impasses do Financiamento no Capitalismo Financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, Gilmar. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental**. São Paulo: Saraiva, 2011.

MENDONÇA DE BARROS, Luiz Carlos. **Argentina: A Maior Derrota do Ultraliberalismo**. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi0401200208.htm>. Acesso em 13 de abril de 2014.

MENICUCCI, Telma Maria. A Política de Saúde no Governo Lula. *In* **Revista Saúde e Sociedade**, V. 20, n.2, São Paulo Abr/Jun. 2011.

MERCADANTE, Aloízio. **A Construção Retomada: Análise do Governo Lula**. São Paulo: Terceiro Nome, 2010.

MÉSZAROS, István. **A Crise Estrutural do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIOZZO, Pablo Castro. **A Dupla Face do Princípio da Proibição do Retrocesso Social e os Direitos Fundamentais no Brasil: uma Análise Hermenêutica**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2010.

MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional**. Lisboa: Almedina, 2014.

MONTESQUIEU, Charles-Louis. **O Espírito das Leis**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MOORE JR, Barrington. **As Origens Sociais da Ditadura e da Democracia: Senhores e Camponeses na Construção do Mundo Moderno**. São Paulo: Martins Fontes, 1975.

MOREIRA, Aline. **As Restrições em Torno da Reserva do Possível: uma análise crítica**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

NAVARRO, Vicenç; LÓPEZ, Juan Torres; ESPINOSA, Alberto Garzón. **Hay Alternativas: Propuestas para Crear Empleo y Bienestar Social en España**. Madrid: Sequitur, 2011.

NERI, Marcelo. **A Nova Classe Média: O Lado Brilhante da Base da Pirâmide**. São Paulo: Saraiva, 2010.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, Luísa Cristina. **O Princípio de Proibição de Retrocesso Social**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

NEVES, Marcelo. **A Constitucionalização Simbólica**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. **Transconstitucionalismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

NOBRE, Marcos. **Imobilismo em Movimento**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: O Desafio de Ser Único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

_____. Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011. *In Nota Técnica nº 5/2013 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)*. Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/doc/NT_gastosaude_ok.pdf. Acesso em 11 de junho de 2014.

O'CONNOR, James. **USA: A Crise do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

O'DONNELL, Guillermo. Transição Democrática e Políticas Sociais. *In Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 21 (4): p. 9-16 Out/Dez. 1987.

OLIVEIRA, Rafael; CALIL, Mário. **Reserva do Possível, Natureza Jurídica e Mínimo Existencial: Paradigmas para uma definição**. *In XVII Congresso Nacional do CONPEDI*. Brasília, 2008.

PALLIERI, Giorgio Balladore. **Diritto Costituzionale**. Milão: A. Giufrè, 1963.

PAULANI, Leda. **Brasil Delivery: Servidão Financeira e Estado de Emergência Econômico**. São Paulo: Boitempo, 2008.

PEREIRA, Potyara. **Necessidades Humanas**. São Paulo: Cortez, 2011.

PERES, Ana Cláudia. A Caixa Preta da Dívida: para Investigar Natureza do Endividamento Público Brasileiro, Movimento da Sociedade Civil cria Auditoria Cidadã. *In Radis – Comunicação em Saúde*. Rio de Janeiro, n.137, Fev. 2014.

PETRAS, James; VELTMEYER, Henry. **Brasil de Cardoso: A Desapropriação do País**. Petrópolis: Vozes, 2001.

PIDESC. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966.** Disponível em http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf. Acesso em 30 de maio de 2014.

PIKETTI, Thomas. **Capital in the Twenty-First Century.** Harvard: Belknap, 2014.

PILOTTO, Bernardo. **Crise dos HU's e a EBSERH.** Disponível em <https://docs.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpOG9NZzkTDVRWFNTSDFFd3pveE12QQ/edit?pli=1>. Acesso em 31 de maio de 2014.

PIOLA, Sérgio; PAIVA; Andrea; BATISTA DE SÁ, Edvaldo; SERVO, Luciana. **Financiamento Público da Saúde: uma História à Procura de Rumo.** Texto para Discussão/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

PIOVESAN, Flávia; SOARES, Inês. **Direitos Humanos Atual.** São Paulo: Campus, 2014.

POCHMANN, Márcio. **Nova Classe Média? O Trabalho na Base da Pirâmide Social Brasileira.** São Paulo: Boitempo, 2012.

POMAR, Wladimir. **Debatendo Classes e Luta de Classes no Brasil.** São Paulo: SRI-PT, 2012.

POMPÊO, Flávio. As Origens do P-SOL. *In Revista Urutágua*, n.12, Abr./Mai./Jun./Jul. Maringá, 2007.

RAFFER, Kunibert. Características Comuns das Auditorias e Insolvência Soberana. *In* FATORELLI, Maria Lúcia (Org.). **Auditoria da Dívida Externa: Questão de Soberania.** Rio de Janeiro: Contraponto, 2003.

RANGEL, Ignácio. **Economia: Milagre e Anti-milagre.** Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

REIS, Fábio Wanderley. **Mercado e Utopia: Teoria Política e Sociedade Brasileira.** São Paulo: EDUSP, 2000.

RIZZOTTO, Maria Lúcia. **Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: As Propostas do Banco Mundial e o Desmonte do SUS.** São Paulo: Hucitec, 2012.

SAACK, Alexander. **Les Effets des Transformations des Etats sur Leurs, Dettes Publiques et Autres Obligations Financiers.** Paris: Dettes Publiques, 1927.

SADER, Emir (Org.). **10 Anos de Governos Pós-Neoliberais no Brasil: Lula e Dilma.** São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro, FLACSO, 2013.

SADER, Emir; GARCIA, Marco Aurélio (Orgs.). **Brasil: entre o Passado e o Futuro**. São Paulo: Perseu Abramo/Boitempo, 2010.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **CPMF: muito além dos clichês**. Disponível em <http://diplo.org.br/2007-11,a2008>. Acesso em 15/04/2014.

_____. A Distribuição da Carga Tributária: quem paga a conta? In SICSÚ, João (Org.). **Arrecadação de Onde Vem? E Gastos Públicos para Onde Vão?** São Paulo: Boitempo, 2007.

SALVADOR, Evilasio; AMORIM, Álvaro André. Abordagens das Desigualdades Socioeconômicas no Brasil do Século XXI. *In Revista em Pauta*, v.8, n. 26, Dez. 2010.

SAMPAIO JR, Plínio de Arruda. **Desenvolvimentismo e Neodesenvolvimentismo: Tragédia e Farsa**. *In Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n.112, p.672-688, Out/Dez. 2012.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Se Deus Fosse um Activista dos Direitos Humanos**. Lisboa: Almedina, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do Possível, Mínimo Existencial e Direito à Saúde: Algumas aproximações. *In Direitos Fundamentais: Orçamento e Reserva do Possível*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. Representação Política e Interesses Particulares na Saúde: o Caso do Financiamento de Campanhas Eleitorais pelas Empresas de Planos de Saúde Privados no Brasil. *In Revista Interface* V.15, n.38, Botucatu, Jul/Set. 2011.

SECCO, Lincoln. **História do PT**. Cotia: Ateliê, 2011.

SERVO, Luciana; PIOLA, Sérgio; PAIVA, Andrea; RIBEIRO, José Aparecido. Financiamento e Gasto Público de Saúde: Histórico e Tendências. *In MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio (Orgs.). Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA, 2011.

SICSÚ, João. **Dez Anos que Abalaram o Brasil: e o Futuro?** São Paulo: Geração, 2013.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2014.

SINGER, André. **Os Sentidos do Lulismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SINGER, Paul. **O Que é Economia?** São Paulo: Brasiliense, 1989.

SODRÉ, Francis *et al.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um Novo Modelo de Gestão? *In Serviço Social e Sociedade* nº 114 São Paulo Abr/Jun. 2013.

SOUSA, Adrianyce. Pós-Modernidade: Fim da Modernidade ou Mistificação da Realidade Contemporânea? *In Revista Temporalis*, n10, Modernidade e Pós-Modernidade, Brasília, 2005.

SOUZA, Luciane. Reserva do Possível x Mínimo Existencial: O Controle de Constitucionalidade em Matéria Financeira e Orçamentária como Instrumento de Realização dos Direitos Fundamentais. Disponível em http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/bh/luciane_moessa_de_souza2.pdf. Acesso em 31 de maio de 2014.

STÉDILE, João Pedro (Org.). **A Questão Agrária no Brasil: O Debate Tradicional**. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

TAVARES, D. de F. **Projeto Montes Claros: Depoimento Oral**. Belo Horizonte: DAD/COC, 1993.

TAVARES, Maria da Conceição. **Ciclo e Crise: o Movimento Recente da Industrialização Brasileira**. Campinas: Instituto de Economia, 1998.

TORRES, Ricardo Lobo. **O Direito ao Mínimo Existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

TRINDADE, José Damião. **História Social dos Direitos Humanos**. São Paulo: Peirópolis, 2011.

TROTSKI, Leon. **Programa de Transição**. Disponível em <http://www.marxists.org/portugues/trotsky/1938/programa/>. Acesso em 04 de junho de 2014.

UTRAY, Jorge Fabra. **No es Economía, Es Ideología**. Barcelona: Deusto, 2012.

VIANNA, Solon Magalhães. A Seguridade Social e o SUS – Revisitando o Tema. *In Revista Saúde e Sociedade* V. 14, nº1, p. 7-22, Jan/Abr 2005.

WANG, Daniel. **Reserva do Possível, Mínimo Existencial e Direito à Saúde: Algumas Aproximações (Resenha)**. *In Revista de Direito Sanitário*. V. 10 (1) 308-318 Mar/Jul. 2009.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**. V.2 Brasília: Editora UNB, 1999.

WEICHERT, Marlon Alberto. A saúde como serviço de relevância pública e a ação civil pública em sua defesa. *In* ROCHA, João Carlos de Carvalho *et al.* (Orgs.). **Ação Civil Pública - 20 Anos da Lei n. 7.347/85**. Belo Horizonte: Del Rey, 2005. p. 507-531.

ZAGREBELSKY, Gustavo. **História y Constitución**. Madrid: Trotta, 2011.

ZIZEK, Slavoj. **Menos que Nada: Hegel e a Sombra do Materialismo Dialético**. São Paulo: Boitempo, 2013.