

Os projetos em disputa do direito à saúde no Brasil: reflexões a partir de Gramsci

Projects in dispute over the right to health in Brazil: reflections from Gramsci

Maria José da Silva*

Resumo: O ensaio trata do direito à saúde no Brasil a partir do pensamento de Gramsci, com destaque para o conceito de hegemonia. Assim, apresentamos os projetos em disputa em torno deste direito e as determinações que influenciam no fortalecimento de um ou outro projeto. Dessa forma, evidenciamos os projetos da reforma sanitária, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária flexibilizada. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. O processo investigativo revelou a importância do pensamento gramsciano para compreender como são construídos os processos de hegemonia em uma dada estrutura social, e demonstrou a hegemonia do projeto privatista em relação ao direito à saúde no Brasil, sendo necessária a construção de processos contra-hegemônicos vinculados ao projeto da reforma sanitária dos anos 1980, com a finalidade de fortalecer o direito à saúde enquanto direito público e de cidadania.

Palavras-chave: direito à saúde; reforma sanitária; hegemonia; contra-hegemonia; Brasil.

Abstract: The essay deals with the right to health in Brazil based on Gramsci's thought, highlighting the concept of hegemony. Thus, we present the projects in dispute around this right and the determinations that influence the strengthening of one or the other project. In this way, we highlight the health reform projects, the privatist project and the flexible health reform project. This is a bibliographic research. The investigative process revealed the importance of Gramscian thought to understand how the processes of hegemony are built in a given social structure, and demonstrated the hegemony of the privatist project concerning the right to health in Brazil, pointing to the need to build counter-hegemonic processes linked to the health reform project of the 1980s in order to strengthen the right to health as public and citizenship right.

Keywords: right to health; health reform; hegemony; counter-hegemony; Brazil.

Recebido em: 23/02/2021

Aprovado em: 04/05/2021



© O(s) Autor(es). 2018 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-~~NãoComercial~~ 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar, distribuir e reproduzir em qualquer meio, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material, desde que para fins não comerciais e que você forneça o devido crédito aos autores e a fonte, insira um link para a Licença Creative Commons e indique se mudanças foram feitas.

* Assistente social na Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife, Especialista em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco.

Introdução

Ao refletirmos sobre as políticas e os direitos sociais no modo de produção capitalista, é necessário que levemos em consideração a natureza contraditória de tal relação, visto que ao mesmo tempo em que os direitos representam conquistas no âmbito da emancipação política e da reprodução social das classes subalternas, também contribuem para o processo de expansão e acumulação do capital, sendo assim elemento fundamental para a manutenção das suas relações sociais de produção.

Quando particularizamos a discussão no âmbito do direito à saúde no Brasil, constatamos a presença de distintos projetos que disputam o direcionamento que será dado ao mesmo. Desse modo, temos o projeto da reforma sanitária, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária flexibilizada (BRAVO, 2009). Além disso, ao analisarmos o processo histórico, evidenciamos como a estrutura e a superestrutura se articulam para dar base de sustentação aos projetos que em determinado período foram hegemônicos, constatando assim uma significativa vantagem para os projetos que estiveram vinculados aos interesses do capital, difundindo uma concepção de direito à saúde como mercadoria.

Nesse sentido, partindo da compreensão das disputas que ocorrem em torno das concepções de mundo e conseqüentemente de direitos sociais, que possuem como terreno material a sociabilidade capitalista e suas limitações, objetivamos refletir sobre a constituição do direito à saúde no Brasil a partir do pensamento de Gramsci, com destaque para os conceitos de hegemonia em relação a construção de uma contra-hegemonia. Para que, com as reflexões tecidas, possamos contribuir com o fortalecimento do projeto da reforma sanitária brasileira dos anos 1980, a expansão da consciência sanitária no país e uma concepção de direito à saúde aventada na noção de direito público e de cidadania.

Os projetos em disputa do direito à saúde no Brasil

Neste tópico, trataremos sobre a constituição do direito à saúde no Brasil, tendo por base a discussão que problematiza os projetos em disputa em torno da sua real efetivação. Portanto, realizaremos uma historicidade do processo, procurando apreender as determinações centrais que permitiram o fortalecimento de um ou outro projeto ao longo do tempo.

A década de 1970 no Brasil foi marcada pela intensificação dos ditames da autocracia burguesa às forças democráticas que se posicionavam contrárias às suas arbitrariedades e violências (FERNANDES, 1975). Posteriormente, em meados da década de 1970 e início da década de 1980, observamos o princípio do período de erosão do regime ditatorial, sob um

processo de transição lenta, gradual e segura, bem como, presenciamos a efervescência política forjada pelos movimentos sociais que lutavam pela democracia e melhores condições de vida para a população, inclusive, pautando bandeiras anticapitalistas. Nesse contexto, temos o processo de redemocratização da sociedade brasileira, quem tem como um dos marcos cruciais a Assembleia Constituinte, culminando com a aprovação da Constituição Federal (CF) de 1988. Dentre os avanços que foram conquistados nesse período, destaca-se a conquista dos direitos civis e políticos por toda a sociedade, mas, sobretudo, a universalização dos direitos sociais a toda população, haja vista o histórico brasileiro de negações de direitos às classes subalternas.

Nessa perspectiva, ressaltamos o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que emerge na década de 1970 e, em toda sua multiplicidade e diversidade de estratégias, também foi uma força potente nas lutas contra a autocracia burguesa. Considerando a ausência de processos efetivamente democráticos no país, que é permeado por características de uma democracia restrita típica (FERNANDES, 1975), devemos enfatizar que o ato realizado por Sérgio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), ao proferir a frase “Democracia é saúde”, demonstra a construção de um processo democrático e popular, incluindo a participação de inúmeros sujeitos políticos nesse evento que representa um marco na luta pela conquista do direito à saúde.

Podemos afirmar que o grande feito desta conferência foi ter articulado setores populares que lutavam pelo direito à saúde orientando-se por uma perspectiva político-emancipatória. A concepção de saúde do MRSB partia da determinação social, pensando “além do acesso aos serviços de saúde propriamente ditos, enfatizando as determinações inerentes às relações sociais capitalistas, marcadas pela desigualdade e pela alienação, adversas a uma vida saudável” (ROSADO; FREITAS, 2020: 371).

Portanto, este direito está entre os que foram conquistados e universalizados legalmente nesse processo, pois, é a partir do artº196 ao artº200 da CF de 1988, que ele passa a integrar o sistema de seguridade social brasileiro, sendo reconhecido como direito de todo cidadão e cidadã, tendo o Estado como o principal responsável pela sua efetivação, com um modelo organizativo pautado na descentralização e a garantia da participação social nos processos consultivos e deliberativos.

Entretanto, segundo Rosado e Freitas (2020), é necessário ressaltar que antes de possuir as características inscritas na CF de 1988, a política de saúde no Brasil era pautada por uma concepção previdenciária atrelada ao viés do seguro, assistencialista e filantrópica, destacando-se um modelo de atenção à saúde centrada na assistência médica individual, sob uma lógica

privatista. Em outros termos, os contribuintes/segurados¹ da previdência social tinham acesso aos serviços públicos de saúde e medicação pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); as ações do Estado destinadas à coletividade ficavam restritas às campanhas e muitas vezes reproduziam uma orientação higienista; e as outras parcelas das classes subalternas, que não estavam na condição de segurados, eram atendidas por iniciativas filantrópicas.

As políticas públicas no modo de produção capitalista são frutos de embates entre as classes sociais e possuem natureza contraditória, visto que ao mesmo tempo em que expressam avanços para as classes subalternas no âmbito da emancipação política², também favorecem os interesses do capital, no sentido de reprodução da força de trabalho. Concordamos com Rosado e Freitas (2020) que, para analisar o direito à saúde na sociedade capitalista contemporânea, é preciso considerar as contradições inerentes à sociabilidade do capital. Haja vista que nesse modelo de sociabilidade é impossível a plena expansão dos direitos sociais, por sua própria lógica de funcionamento, que se funda na propriedade privada e impõe a todas as esferas da vida um caráter de valor de troca, demonstrando assim a incompatibilidade com a lógica dos direitos sociais sustentados numa perspectiva de cidadania. Mas, como expresso anteriormente, para a conservação desse sistema, é necessário que se garantam níveis mínimos de sobrevivência às classes subalternas, para que se atenuem os conflitos e seu potencial revolucionário, bem como, também se garanta minimamente viva a força de trabalho para expansão dos seus lucros e acumulação.

As relações sociais forjadas pelo modo de produção capitalista implicam diretamente nas condições de saúde e de adoecimento dos sujeitos, de modo que, é fundamental compreender o processo saúde-doença-cuidado sustentado na concepção da determinação social, pois, a depender de qual classe social o sujeito pertença, esta será uma determinação

¹“Tal condição abrange os assalariados com carteira assinada, os quais contribuem compulsoriamente para a previdência social; os trabalhadores sem vínculo empregatício inscritos na previdência social como contribuintes individuais, os que não têm renda, mas optam por pagar contribuição (segurado facultativo), além de algumas categorias (trabalhadores rurais e pescadores artesanais) que foram incluídas como segurados especiais, independente de pagamento de contribuição” (ROSADO; FREITAS, 2020: 370).

² Karl Marx (2010: 54), reconhece a importância da emancipação política à luta das classes subalternas, mas também aborda as suas limitações na sociabilidade do capital. Visto que “toda emancipação é redução do mundo humano e suas relações ao próprio homem. A emancipação política é a redução do homem, por um lado, a membro da sociedade burguesa, a indivíduo egoísta independente, e, por outro, a cidadão, a pessoa moral. Mas a emancipação humana só estará plenamente realizada quando o homem individual real tiver recuperado para si o cidadão abstrato e se tornado ente genérico na qualidade de homem individual na sua vida empírica, no seu trabalho individual, nas suas relações individuais, quando o homem tiver reconhecido e organizado suas “forces propres” [forças próprias] como forças sociais e, em consequência, não mais separar de si mesmo a força social na forma da força política”.

fundamental que influenciará em suas formas de adoecimento, assim como o acesso ou não aos bens e serviços produzidos pela humanidade que influenciam diretamente na saúde e qualidade de vida.

A concepção acima está inscrita na CF de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) 80.080/90, que reconhece os fatores biológicos inerentes à saúde, mas recusa-se a reiterar práticas e concepções biologizantes da vida, defendendo que “a saúde resulta, dentre outros fatores, das condições de alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais” (ROSADO; FREITAS, 2020: 373). Além disso, o Art. 2º da LOS 80.08/90 afirma que:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, s/p.).

É inegável que o direito à saúde, materializado sobretudo no Sistema Único de Saúde (SUS), é fruto de um importante momento de luta da classe trabalhadora brasileira e expressa uma concepção emancipatória de saúde e direito social. No entanto, é justamente esta perspectiva inscrita nos princípios e diretrizes do sistema de saúde que o torna alvo de ofensivas desde a sua regulamentação. Posto que, na sociabilidade do capital as necessidades humanas e todas as dimensões da vida assumem a forma mercadoria, ou seja, é necessário que a saúde também se torne um bem mercantilizado, para que assim o capital obtenha todo seu potencial lucrativo. Isto vem ocorrendo, principalmente, através da venda e da compra direta de serviços de saúde, a exemplo dos planos privados de saúde, ou através da medicalização da vida. Em ambos os processos a saúde está sustentada numa lógica curativa e medicalizante (ROSADO; FREITAS, 2020).

Nessa trilha histórica, entramos no período inaugurado pelo retorno ao regime democrático e as expectativas para que se materializassem as conquistas inscritas na CF 1988. Porém, o que observamos a partir dos anos finais de década de 1980 e início dos anos 1990, foi uma conjuntura mundial marcada por mais uma etapa da crise estrutural do capitalismo (MÉSZAROS, 2009), culminando no processo de reestruturação produtiva sustentada na acumulação flexível (HARVEY, 1993) e no advento da hegemonia do neoliberalismo como doutrina econômica, política e ideológica dos Estados. Além disso, presenciamos a derrocada dos Estados de bem-estar social nos países de economia central como mais uma expressão da crise do capitalismo, e a queda do Muro de Berlim, em 1989, expressando uma vitória

ideológica do capitalismo em relação às experiências socialistas (ROSADO; FREITAS, 2020) (ANTUNES, 1998). Dessa forma, seria questão de tempo para que os impactos de tais mudanças da geopolítica internacional chegassem aos países periféricos e dependentes da América Latina, a exemplo do Brasil.

Desse modo, o Consenso de Washington, em 1989, é um marco econômico-político que impôs a adoção do receituário neoliberal aos países dependentes, necessitando de sujeitos políticos que o implementasse. No Brasil, o porta-voz inicial desse processo foi o ex-presidente da república Fernando Collor de Melo (1990-1992) afastado do cargo por um processo de *impeachment*, seguido por Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), que durante seus oito anos de governo aplicou rigorosamente a agenda dos organismos mundiais, expressa, principalmente, na contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003), de cunho neoliberal, proposta pelo Plano Diretor da Reforma do Estado de 1995.

O ideário neoliberal, congregado no Estado brasileiro, tem a justificativa de realizar uma revisão na organização e no escopo da máquina estatal, alegando ser necessário promover algumas reformas para possibilitar certa estabilidade econômica do Estado. Incentiva-se, assim, o alargamento da iniciativa privada e as desregulamentações em direitos que atingem as políticas públicas e afetam, principalmente, a classe trabalhadora que mais necessita utilizar os bens e serviços públicos (ROSADO; FREITAS, 2020: 378).

Em relação à saúde, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) identificam três projetos distintos e antagônicos que disputam a orientação da política de saúde no Brasil até o presente momento. De modo que, o projeto da Reforma Sanitária, formulado a partir das décadas de 1970 e 1980 por diversos sujeitos políticos, congregava as lutas populares e posicionamentos políticos críticos ao modelo médico assistencial previdenciário, hegemônico no país até a construção do SUS. Este projeto tinha apoio das universidades e entidades que pensavam a saúde coletiva no Brasil (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO); também foi influenciado pelo processo da reforma sanitária italiana; e “pelo novo pensamento em saúde latino-americano, que, por essa época, discutia e formulava um novo referencial para a explicação do processo saúde-doença, o modelo da determinação social” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018: 9).

O projeto privatista, fortalecido no período da ditadura civil-militar, possui uma lógica que compreende a saúde como fonte de lucros a ser explorada pelo mercado, congregando setores privados nacionais e internacionais através da articulação em torno de um amplo “complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018: 10). A partir da década de 1990, os contornos que caracterizam a contrarreforma do Estado e o projeto privatista na política de saúde,

perpassam a atuação do setor privado na gestão e execução dos serviços públicos de saúde. Dessa forma, este formato nomeado de “Novos Modelos de Gestão”, expressos através das Parcerias Público-Privadas (PPPs), Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), entre outros, expõem formas de expropriação que através de “subvenções e isenções fiscais, avança sob o fundo público como uma nova forma de garantia de acumulação de capital” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018: 10).

O último projeto identificado denomina-se de projeto da reforma sanitária flexibilizada, neste é feito um rearranjo das propostas elaboradas pelo projeto da reforma sanitária dos anos 1980, articulando-os às exigências impostas pela política macroeconômica difundida pelo Consenso de Washington, ou seja, impõe uma nova forma estatal de regulamentação da economia, desmonte progressivo e subfinanciamento das políticas públicas, culminando com a implementação de um “SUS possível”. Este projeto se destacou nos governos petistas, embora, também nesses mesmos governos, tenha havido avanços substanciais na política de saúde (BRAVO, 2009). As características desse projeto pautam-se em:

Arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018: 10).

Enfatizamos que esses projetos não são implementados de forma linear ou contínua, o que constatamos é uma hegemonia histórica do projeto privatista, com um curto momento de hegemonia do projeto da reforma sanitária flexibilizada.

No entanto, destacando-se o momento desencadeado a partir do golpe institucional midiático³ orquestrado em 2016, que destituiu Dilma Rousseff do cargo de presidenta da república, temos observado um avanço desenfreado de ataques aos direitos da classe trabalhadora, dentre eles, o direito à saúde. Essa conjuntura também nos revelou a emergência de um conservadorismo reacionário de caráter filo-fascista na sociedade brasileira (MOTA; RODRIGUES, 2020). As autoras também sustentam a tese da funcionalidade ideopolítica desse conservadorismo ao processo de intensificação do

³ De acordo com Mascaro (2018: 8), o golpe de 2016 além de revelar os limites da forma política na hegemonia da forma mercadoria, “trouxe à tona um governo de homens brancos ricos, sem representação de mulheres, negros, nem minorias, que passou diretamente a uma agenda neoliberal de choque, com ataques frontais aos direitos dos trabalhadores, à previdência social, aos sindicatos, à educação, à saúde, empreendendo privatizações e arrochos, com recessão e desemprego”.

ultraneoliberalismo no gerenciamento da crise estrutural do capital.

Concordamos com Soares (2018) ao afirmar que o processo de contrarreforma da política de saúde é posto em marcha desde os anos 1990, levando em consideração as características mencionadas anteriormente. Todavia, a voracidade regressiva que vem ocorrendo após o golpe de 2016, sob o governo de Michel Temer, coloca em cheque princípios basilares do SUS. Acrescentamos ainda que nessa fase da contrarreforma há uma explicitação da “articulação efetiva com o setor empresarial de saúde” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018: 16), de modo que, o Estado brasileiro foi instrumentalizado em favor dos interesses privatistas da saúde, suprimindo o compromisso com a construção de uma política de saúde voltada para a coletividade.

Outro aspecto a ser destacado do governo Temer é a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95, em 2016, que impôs um:

“Novo Regime Fiscal”, e estabeleceu um limite para as despesas primárias por um período de 20 anos, cujo montante no orçamento será o do ano anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA. Ao definir um teto para despesas discricionárias, impede aumento de recursos para investimentos, saúde, educação, ciência e tecnologia, infraestrutura. Além de vetar a abertura de crédito suplementar ou especial, também implodiu a regra de vinculação orçamentária de aplicações mínimas nas áreas de saúde e educação. Como o teto não pode atingir as despesas obrigatórias como previdência social e benefício de prestação continuada (BPC), o draconiano ajuste fiscal quer aprovar a contrarreforma da previdência, desvincular os benefícios e reduzir seu valor, além de ampliar o tempo de contribuição e suprimir os direitos para cortar os gastos (TEIXEIRA; BOSCHETTI, 2019, s/p).

De fato, podemos afirmar que no governo Temer houve uma intensificação da contrarreforma do Estado, expressa sobretudo nos documentos “Uma Ponte para o Futuro” (2015), “Travessia Social” (2016) e na aprovação da EC 95. No que se refere ao direito à saúde, aprofundou-se o antagonismo em relação ao projeto da reforma sanitária, permanecendo a hegemonia dos interesses privatistas e seu processo de espoliação dos bens públicos, em que a mediação articulada deixa de ser o acesso pela via do direito público para o fortalecimento da cidadania pelo consumo (MOTA, 1995).

Bravo, Pelaez e Menezes (2020) ao analisarem o projeto de governo de Jair Bolsonaro na época das eleições de 2018, e realizando um breve balanço do primeiro semestre do seu mandato no que se refere ao setor saúde, afirmam que permanece o projeto de aceleração das contrarreformas ultraneoliberais já iniciadas no governo Temer, subordinando ainda mais o SUS aos interesses do mercado. Destaca-se ainda o “extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques

às instâncias de participação e controle social” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020: 195). Além disso, é neste governo que foi aprovada a contrarreforma da previdência, em 2019.

De modo geral, as reflexões das autoras acima evidenciam a defesa aberta e irrestrita do projeto privatista na saúde do atual governo, no entanto, também revelam as inconsistências do mesmo para abordar a complexidade da política de saúde nacional. Essa falta de aprofundamento é demonstrada desde o programa de governo, que dedicou apenas quatro páginas ao tema, sem sequer mencionar o SUS, bem como, nos desdobramentos seguintes já enquanto grupo dominante. Merece destaque a fala do ministro da saúde Henrique Mandetta, em 2019, ao pronunciar-se em defesa da responsabilidade estatal na garantia do direito à saúde, ao mesmo tempo em que tratava das “necessárias” articulações com o setor privado. Sendo assim, concordamos com Bravo, Pelaez e Menezes (2020: 200):

Se, por um lado, a afirmação de que não haverá retrocessos na máxima constitucional do direito de todos e dever do Estado na saúde pode ser avaliada positivamente, a defesa de um setor privado forte e a não proposição de mais recursos orçamentários para o SUS são preocupantes, pois não contribuem para o fortalecimento do SUS e seu componente público e estatal. A primeira afirmação o diferencia do ministro Barros, no governo Temer, para o qual o SUS não cabia na Constituição, mas a defesa de um setor privado forte e a não ampliação de recursos orçamentários o aproximam deste.

Por fim, ao longo deste tópico refletimos sobre a constituição do direito à saúde no Brasil, expondo os projetos que estão em disputa em torno do mesmo, sustentando também a tese de que a saúde constitui-se como uma mercadoria altamente rentável para capital e, por isto, suas constantes investidas a partir de diversas frentes para a continuidade da hegemonia do projeto privatista no setor. De modo que, é no reconhecimento dessa hegemonia que se abrem possibilidades de construir uma contra-hegemonia, que esteja conectada com o projeto da reforma sanitária hegemônico nos anos 1980.

O pensamento de Gramsci e suas contribuições ao fortalecimento do projeto da reforma sanitária

Neste tópico, refletiremos sobre como as formulações de Antônio Gramsci (1891-1937) podem contribuir com a construção de uma contra-hegemonia alinhada ao fortalecimento do projeto da reforma sanitária brasileira dos anos 1980 e, conseqüentemente, do direito à saúde. Destacamos que as reflexões do pensador sardo partem da compreensão de que a estrutura econômica da sociedade, ou seja, as relações de produção, irão incidir diretamente nas demais relações sociais, isto é, na reprodução social, determinando certo tipo de superestrutura jurídica, estatal e política, afinal, toda relação de produção é uma relação social (GRUPPI, 1980).

Ademais, salientamos que o pensamento gramsciano insere-se hegemonicamente no terreno da política e da ideologia, de forma que, sua teoria do Estado ampliado ou integral (sociedade política, sociedade civil, hegemonia, ditadura, coerção, consenso, dominação, direção, entre outros aspectos) nos permite refletir sobre uma diversidade de temas, sem que percamos de vista as determinações estruturais em sua relação dialética com a superestrutura.

Nesse sentido, para fins analíticos do presente ensaio, nos detemos a refletir sobre o conceito de hegemonia do autor, compreendendo que esta:

Caracteriza-se pela combinação da força e do consenso, que se equilibram de modo variado, sem que a força suplante em muito o consenso, mas, ao contrário, tentando fazer com que a força pareça apoiada no consenso da maioria, expresso pelos chamados órgãos da opinião pública- jornais e associações-, os quais, por isso, em certas situações, são artificialmente multiplicados (GRAMSCI, 2007: 95).

Em outras palavras, o conceito de hegemonia refere-se a capacidade que um grupo social tem de influenciar culturalmente outros grupos com suas concepções de mundo e valores. Para tal, é necessário situar a sociedade política como classe dominante que “exerce seu poder e sua dominação por uma ditadura através dos “aparelhos coercitivos de Estado” (MONTÃO; DURIGUETTO, 2010: 46), bem como, a sociedade civil, em que o “exercício do poder ocorre por intermédio de uma relação de hegemonia que é construída pela direção política e pelo consenso” (MONTÃO; DURIGUETTO, 2010: 46). Nesse sentido, são utilizadas tanto forças coercitivas, em que há a manutenção do *status quo* pelos usos dos aparelhos coercitivos do Estado (aparato militar, direito etc), como de estratégias de consenso, sejam eles ativos ou passivos, por meio dos aparelhos privados de hegemonia, a exemplo dos grandes partidos e sindicatos de massa, escolas, organizações culturais, movimentos sociais, mídia, etc.

Com o exposto, podemos afirmar que o terreno de disputa pela hegemonia está localizado, sobretudo, na sociedade civil, devido a maior permeabilidade da disputa pelas ideias e concepções de mundo. A sociedade política pode ser classe dominante, mas precisa que a sua legitimidade esteja presente entre as classes subalternas, para tornar-se também classe dirigente.

Segundo Coutinho (2011), nas palavras de Gerratana, Gramsci elaborou uma “teoria geral da hegemonia”, que situa as disputas que envolvem o processo de busca pela hegemonia vinculados tanto aos interesses proletários, quanto aos burgueses, visto que toda classe para tornar-se dominante e dirigente deve possuir a hegemonia em determinando tempo histórico. Assim, a hegemonia em Gramsci é um conceito estratégico e analítico, pois possibilita analisar as diferentes formas com que as classes tornam-se dirigentes em cada tempo histórico, mas também é um conceito central para pensar sua estratégia de transição para a sociedade regulada.

Além disso, reiteramos que, para Gramsci, a hegemonia do proletariado e a hegemonia da burguesia não possuem as mesmas formas, nem os mesmos instrumentos, pois:

Partindo da noção de que hegemonia em Gramsci implica o consenso (ou seja, direção e não dominação), Gerratana desenvolve ulteriormente essa formulação, ao afirmar que a principal distinção entre as duas formas de hegemonia é que, enquanto a burguesa se baseia num consenso passivo (ou manipulado), a do proletariado tem necessidade de um consenso ativo (COUTINHO, 2011: 145).

Um componente fundamental nas formulações gramscianas sobre hegemonia refere-se à função da ideologia, visto que esta também tem o papel de estabelecer o consenso das classes dominantes entre as classes subalternas, que de forma geral possuem interesses antagônicos, mas os interesses do primeiro grupo aparecem como interesses gerais, pela hegemonia que possuem. Assim, a ideologia é “o grande cimento do bloco histórico” (GRUPI, 1980: 82). Tal coesão edifica-se em um processo de hegemonia que é disseminado pelos intelectuais orgânicos e sua função pedagógica, visto que estes, a partir do reconhecimento de sua inserção e vinculação a algum grupo na sociedade, cumprem a uma função educativa para manter ou criar relações de hegemonia a partir dos interesses de uma determinada classe. Dessa forma, “toda relação de ‘hegemonia’ é necessariamente uma relação pedagógica” (GRAMSCI, 1991: 37) e necessita de sujeitos que tratem de elaborar e difundir a concepção de mundo que articula dialeticamente a estrutura e superestrutura a que se vincula.

É a partir desta compreensão ideopolítica que afirmamos a importância de avançarmos na construção de uma contra-hegemonia à hegemonia do projeto privatista na política de saúde brasileira. No primeiro tópico constatamos como os elementos da estrutura, ou seja, da produção, em seu momento de crise estrutural, sob os ditames da agenda ultraliberal, impõem uma concepção privatista e mercantilizada do direito saúde.

A difusão dessa concepção na saúde se dá por diversas vias, mas destacamos a máxima difundida no terreno da sociedade política, de que o preconizado na CF de 1988 e nas leis orgânicas da saúde é impossibilitado de ser efetivamente implementado, pois não cabem no orçamento do Estado. Recordemos o discurso falacioso do ministro da saúde do governo Temer, Ricardo Barros, que logo ao assumir a pasta, afirmou que o país não teria capacidade financeira de garantir o acesso universal à saúde, sendo necessário repensar os direitos garantidos constitucionalmente. Enfatizamos que este ministro teve sua campanha para deputado federal financiada por um consórcio de planos privados de saúde, bem como, uma de suas primeiras propostas enquanto ministro se relacionava a criação de planos de saúde populares (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Nota-se o papel desse sujeito enquanto difusor da hegemonia do projeto privatista na saúde, utilizando-se do espaço que ocupava na sociedade política

para ampliar o consenso em torno da disseminação da “cultura política da crise” (MOTA, 1995).

Nesse processo, acrescenta-se também o papel da mídia hegemônica, que rotineiramente veicula imagens de um SUS sucateado, precário e superlotado, que submete a população à condições degradantes de atendimento, contribuindo assim para o fortalecimento de uma concepção de direito à saúde que oculta seu caráter universal e o expõe como destinado apenas aos paupérrimos que não conseguem acessá-lo pela via do consumo. Ao apresentar somente as problemáticas do SUS, a mídia oculta a questão central do subfinanciamento estrutural do sistema, bem como, a amplitude e complexidade do mesmo, que é composto não só pela assistência à saúde, mas por uma amplitude de ações e programas de promoção e prevenção à saúde vinculadas à vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e saúde do trabalhador, sob organização de redes de atenção à saúde descentralizadas e hierarquizadas, entre outros.

Em relação a isto, Gramsci já indicava o papel da mídia na formação da opinião pública vinculada à hegemonia política dos grupos dirigentes (GRAMSCI, 2001), que, nesse caso articula-se à difusão de um sistema de saúde público que não consegue atender as necessidades da população, quando, na verdade, o que está implícito é a divulgação de interesses vinculados ao setor privatista na saúde. Não obstante, também destacamos o fortalecimento das mídias contra-hegemônicas e vinculadas aos interesses das classes subalternas⁴.

Diante do exposto acima, torna-se urgente a construção de processos contra-hegemônicos à hegemonia privatista na política de saúde. Visto que a compreensão de que a reforma sanitária brasileira está em construção, demonstram-se possibilidades de seguir na trilha da ampliação da consciência sanitária e efetivação do direito à saúde, atuando tanto na sociedade civil, quanto na sociedade política. Dessa forma, se na atual conjuntura a permeabilidade dos interesses das classes subalternas nas vias institucionais encontram-se limitadas em virtude da dominação exercida pela sociedade política hegemônica e seu conservadorismo, é fundamental que no terreno da sociedade civil não se recue na defesa de uma saúde 100% pública, estatal e de qualidade.

Assim, enfatizamos a necessidade do fortalecimento de estratégias que articulam a defesa do direito à saúde enquanto direito de cidadania, desde as que se vinculam diretamente aos espaços de controle social democrático institucionalizados, bem como as que são construídas nos espaços das associações locais e comunitárias. Destacamos a importância dos

⁴ Para mais informações é possível acessar o site do Mapa do Jornalismo Independente (PÚBLICA, 2021) e conhecer diversos grupos que constroem uma contra-hegemonia à mídia hegemônica.

diversos movimentos sociais e coletivos que pautam a saúde a partir de sua determinação social e à relacionam com suas pautas. Salientamos ainda a defesa da participação social a partir de uma concepção de educação popular em saúde, ou seja, conectada com a consciência crítica das contradições sociais e seus impactos na saúde, assim como, articulada com os saberes e práticas elaborados pelas classes populares e subalternas ao longo da história.

Para finalizar, pontuamos o papel fundamental que a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde vem desempenhando na defesa do direito à saúde e do projeto da reforma sanitária. Assim:

Esta Frente é um importante mecanismo de articulação dos movimentos contra-hegemônicos na saúde. Tem o caráter anticapitalista e suprapartidário, e tem articulado a ela vinte e três (23) fóruns ou frentes de saúde estaduais, além de entidades, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, que objetivam defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, além de lutar contra a privatização da saúde e pelos princípios da Reforma Sanitária dos anos 1980 (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020: 205).

Acrescenta-se ainda que na construção dessa contra-hegemonia inserem-se uma diversidade de propostas que materializam a luta deste movimento, das quais comungamos a defesa, assim reiteramos a:

Revogação imediatista das contrarreformas e retrocessos do governo Temer: Contrarreforma Trabalhista, Terceirização Irrestrita e Emenda Constitucional 95/2016 - que institui o Novo Regime Fiscal e congela por vinte anos os gastos sociais - e retirada da PEC 287 da Reforma da Previdência Social; [...] - Pela estatização completa do sistema de saúde com a proibição do capital estrangeiro na saúde, o fim dos subsídios públicos aos serviços privados de saúde e a revogação das leis que instituem e regulamentam as Fundações Públicas de Direito Privado, as Organizações Sociais, as OSCIPS, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -EBSERH e as parcerias público-privadas; Pela ampliação imediata do financiamento público do SUS, em todas as suas áreas de atuação. Nesta direção, tem-se defendido a utilização de no mínimo 10% do Produto Interno Bruto (PIB) Para a saúde por parte da união, além do cumprimento do gasto de no mínimo de 12% de arrecadação por parte dos estados e de 15% de arrecadação por parte dos municípios, garantindo o investimento público e financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços; [...] - Inversão do modelo de saúde com valorização da promoção e prevenção, garantindo a defesa das unidades básicas de saúde bem equipadas com equipes completas e resolutivas e atendimento a todas as pessoas por local de moradia e/ou trabalho assegurando encaminha para unidade de maior complexidade sempre que necessário; - Contra a mercantilização da educação e da formação em saúde, com defesa do ensino público, gratuito e de qualidade que garanta formação em saúde alinhada a um projeto voltado a atender aos interesses da classe trabalhadora a partir de um entendimento crítico do projeto da Reforma Sanitária (BRAVO; ANDREAZZI, 2019: 432-3).

Considerações Finais

As reflexões tecidas neste ensaio nos possibilitaram problematizar a historicidade da constituição do direito à saúde no país a partir da demonstração dos projetos em disputa. O projeto privatista tornou-se hegemônico a partir da autocracia burguesa e foi incorporando distintas características ao longo do tempo, no entanto, em nenhum momento deslocou-se da ofensiva à concepção de direito público e de cidadania, destacando-se na atualidade por estar conectado com a voracidade da agenda ultraneoliberal e conservadora para os direitos sociais e trabalhistas. O projeto da reforma sanitária flexibilizada teve destaque nos governos petistas e caracterizou-se pela incorporação de algumas demandas do MRSB, mas que de forma geral refuncionalizou a perspectiva radical emancipatória, presente na proposta inicial do movimento, inclusive, incorporando ao governo sujeitos políticos de referência para o movimento, explicitando uma posição de transformismo. Já, o projeto da reforma sanitária dos anos 1980, em que pese sua concepção emancipatória de direito à saúde, o protagonismo no processo de redemocratização do país e a inserção dos seus principais princípios no arcabouço legal, ainda necessita da construção de muitas mediações para efetivar-se no terreno da sociedade política e na sociedade civil.

Em síntese, concluímos com a defesa da construção de uma contra-hegemonia, conforme o pensamento gramsciano, ao projeto privatista na saúde, para assim fortalecermos o projeto da reforma sanitária dos anos 1980, que na realidade ainda caminha para conseguir fixar sua concepção de direito à saúde no país. Por fim, por compreendermos que a história está sempre em construção, todo tempo é precioso e de tarefas aos que sabem que o “velho precisar morrer, para o novo nascer”.

Referências

- ANTUNES, R. Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- BEHRING, E. R. Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 25. Jan. 21.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais e de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>. Acesso em: 25. Jan. 21.
- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e

- Bolsonaro: Lutas e resistências. *SER Social*, Brasília v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.
- BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr.2018.
- BRAVO, M. I. S; ANDREAZZI, M. F. S. Política de saúde e a formação dos trabalhadores no sistema único de saúde. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v.19, n.2, p. 421-436, ago./ dez. 2019.
- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: Mota, Ana Elizabete et al. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- COUTINHO, C. N. De Rousseau a Gramsci: ensaios de teoria política. São Paulo: Boitempo, 2011.
- FERNANDES, F. A revolução burguesa no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- Gruppi L. Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Porto Alegre: L&PM Editores, 1980.
- HARVEY, D. A condição pós-moderna. São Paulo: Loyola, 1993.
- MARX, K. Sobre a questão judaica. São Paulo: Boitempo, 2010.
- MASCARO A. L. Crise e golpe. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2018.
- MÉSZÁROS, I. A crise estrutural do capital. São Paulo: Boitempo, 2009.
- MONTÃO, C.; DURIGUETTO, M. L. Estado, Classe e Movimento social. São Paulo: Cortez, 2010.
- MOTA, A. E; RODRIGUES, M. P. Legado do Congresso da Virada em tempos de conservadorismo reacionário. *Katálysis*, v. 23, n. 2, p. 199-212, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592020v23n2p199/43246>. Acesso em 25. Jan. 2021.
- MOTA, A. E. Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- PÚBLICA. Agência de Jornalismo Investigativo. O mapa do jornalismo independente. Disponível em: <<https://apublica.org/mapa-do-jornalismo/>> Acesso: 25. Jan. 21.
- ROSADO, I. V. M; FREITAS, G. A. As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira. *SER Social*, Brasília, v. 22, n. 47, jul./dez, p. 368-388, 2020.
- SOARES, R. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Argumentum*, Vitória, v. 10 n. 1, p. 24-32, 2018.
- TEXEIRA, S. O; BOSCHETTI, I. S. Implicações do ajuste fiscal para a assistência social. IN CISLAGHI, J. Mesa Coordenada Ajuste fiscal e seguridade social: Retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora. IX Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís: PPGPP, 2019. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_199_1995cbc6c9a8fde9.pdf. Acesso em 15. jan. 2021.