



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ANNY HELOISA PALHANO DE OLIVEIRA BEZERRA**

**VIOLÊNCIA OBSTRÉTICA ENQUANTO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL:**  
relação ontológica com a mercantilização da saúde

**NATAL - RN**

**2019**

**ANNY HELOISA PALHANO DE OLIVEIRA BEZERRA**

**VIOLÊNCIA OBSTRÉTICA ENQUANTO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL:  
relação ontológica com a mercantilização da saúde**

Trabalho de conclusão de curso desenvolvido como requisito parcial para concessão do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Natal.

Profa. Orientadora: M<sup>a</sup> Angely Dias da Cunha

NATAL – RN

2019

Bezerra, Anny Heloisa Palhano de Oliveira.  
Violência obstétrica enquanto expressão da questão social: relação  
ontológica com a mercantilização da saúde / Anny Heloisa Palhano de  
Oliveira Bezerra. - 2019.  
55f.: il.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do  
Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento  
de Serviço Social. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Profa. Me. Angely Dias da Cunha.

1. Questão Social - Monografia. 2. Mercantilização da Saúde -  
Monografia. 3. Violência Obstétrica - Monografia. I. Cunha, Angely Dias  
da. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/Biblioteca do CCSA

CDU 304:61

**ANNY HELOISA PALHANO DE OLIVEIRA BEZERRA**

**VIOLÊNCIA OBSTRÉTICA ENQUANTO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL:  
relação ontológica com a mercantilização da saúde**

Trabalho de conclusão de curso desenvolvido como requisito parcial para concessão do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Natal.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Banca Examinadora:

---

Profa. Ma. Angely Dias da Cunha – UFRN

Orientadora

---

Profa. Dr<sup>a</sup> Maria Dalva Horácio da Costa – UFRN

Examinadora Interna

---

Profa. Ma. Ingridy Lammonikelly – UFPB

Examinadora Externa

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o fenômeno violência obstétrica sob o viés da precarização e mercantilização da saúde, a partir de dados sociais e econômicos sobre o desenvolvimento societário e os desdobramentos da questão social, revelando reflexões sobre até que ponto essa violência é um problema estrutural da sociedade. O trabalho foi realizado por meio de pesquisa qualitativa e da análise de dados que fundamentam as particularidades e objetividade que muitas vezes passam despercebidas, ou são ignoradas, nessa sociedade marcada pela desigual social, política, econômica e cultural. Para tanto, a pesquisa se alicerçou no método crítico-dialético por meio das categorias centrais: contradição, historicidade, mediação e totalidade, bem como se valeu da revisão de aspectos históricos da questão social e como esse processo se desdobra diretamente no sistema de saúde, em especial na vida das mulheres e na liberdade que essas têm de tomar suas próprias decisões. Sendo assim, problematiza-se como resultado a violência obstétrica enquanto desdobramento de um sistema capitalista que interfere diretamente na subjetividade e objetividade dos indivíduos, nas suas escolhas e no acesso aos direitos sociais, muitas vezes, transformando as expressões da questão social em objeto de lucratividade. A pesquisa revelou uma série de características do processo de mercantilização, principalmente como um prolongamento da questão social, de modo que a violência obstétrica se torna mais uma de suas tantas consequências.

Palavras-Chave: Questão Social. Mercantilização da Saúde. Violência Obstétrica.

## **ABSTRACT**

His paper aims to analyze the phenomenon of obstetric violence under the bias of precariousness and commodification of health, from social and economic data on societal development and the unfolding of the social issue, revealing reflections about the extent to which this violence is a structural problem. of society. The work was done through qualitative research and data analysis that underlie the particularities and objectivity that often go unnoticed, or are ignored, in this society marked by social, political, economic and cultural inequality. To this end, the research was based on the critical-dialectical method through the central categories: contradiction, historicity, mediation and totality, as well as reviewing the historical aspects of the social issue and how this process unfolds directly in the health system. especially in women's lives and in their freedom to make their own decisions. Thus, as a result, obstetric violence is problematized as a development of a capitalist system that directly interferes with the subjectivity and objectivity of individuals, their choices and access to social rights, often transforming the expressions of the social issue into an object of profitability. . The research revealed a series of characteristics of the commodification process, mainly as an extension of the social issue, so that obstetric violence becomes one of its many consequences.

Keywords: Social Question. Mercantilization of Health. Obstetric Violence.

“[...] Em vão me tento explicar, os muros são surdos.  
Sob a pele das palavras há cifras e códigos.  
O sol consola os doentes e não os renova.  
As coisas. Que tristes são as coisas, consideradas sem ênfase.

Vomitam este tédio sobre a cidade.  
Quarenta anos e nenhum problema  
resolvido, sequer colocado.  
Nenhuma carta escrita nem recebida.  
Todos os homens voltam para casa.  
Estão menos livres, mas levam jornais  
e soletram o mundo, sabendo que o perdem.”

Trecho do poema “A flor e a náusea”  
de Carlos Drummond de Andrade

**Dedico este trabalho ao meu avô Manoel Gabriel de Oliveira (in memorian), que me ensinou sobre o amor. À tantos Manoeis que me ensinam diariamente.**



## AGRADECIMENTOS

Foram muitos os que me ajudaram e compartilharam desse processo comigo, mas quero aqui deixar meu agradecimento especial,

À Deus, meu amor concreto e fiel, que me escolhe e acolhe todos os dias, Aquele que, na minha vida, escreve certo por linhas ainda mais certas.

Aos meus familiares, por serem meu pilar de sustentação, a base que jamais me permitiu desistir, minha ponte da fé à luta.

À minha turma, por me provar que podemos ser perfeitos mesmo em meio às imperfeições. Aos que passaram por nós, mas não ficaram; aos que resistiram até o fim: essa vitória é nossa.

À minha orientadora, por todos os conhecimentos compartilhados e que marcaram significativamente minha formação, mas, principalmente, por todo zelo e paciência, por me mostrar que é possível.

Às amigas do coração Alessandra e Fernanda, por terem dividido essa jornada comigo, por me ensinarem sobre o poder da união, sobre respeito e companheirismo incondicional.

Aos meus irmãos da Comunidade Católica Shalom, com muita admiração e carinho, pela compreensão, por saberem respeitar meu tempo e ausências, por nunca terem desistido de mim.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse sonho se realizasse e criasse forma, minha eterna gratidão.

## **LISTA DE SIGLAS**

ANS	Agência Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IRPF	Imposto de Renda Pessoa Física
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MES	Ministério de Educação e Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PRS	Projeto de Reforma Sanitária
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. FUNDAMENTOS SÓCIO-HISTÓRICOS E AS CONTRADIÇÕES DA SAÚDE NA REALIDADE BRASILEIRA</b>	
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS DA REFORMA SANITÁRIA E A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL .....	15
2.2. OS IDEIAIS NEOLIBERAIS E O A LÓGICA MERCANTILISTA NA DISPUTA PÚBLICO-PRIVADA DA SAÚDE NO BRASIL .....	23
2.3. PROCESSO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO SUA RELAÇÃO COM O DESMONTE DA SAÚDE E A VIOLÊNCIA OBSTRÉTICA.....	30
<b>3. MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO QUESTÃO SOCIAL</b>	
3.1 RESGATES HISTÓRICOS: RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E QUESTÃO SOCIAL.....	40
3.2 BANCO MUNDIAL E SUA INFLUÊNCIA NO PROCESSO DE MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: AVANÇO DO MODELO PRIVATISTA.....	45
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde é um campo de estudos, pesquisas e debates há algum tempo no espaço acadêmico e na sociedade, com o intuito de contribuir com a produção de conhecimento, pretende-se com esse trabalho de conclusão de curso analisar o processo de mercantilização da política de saúde e sua relação com a violência obstétrica enquanto expressão da questão social. Desse modo, essa política é demarcada no seu fundamento histórico, político e social como um bem de consumo (LEFEVRE, 1999), cujas repostas são unilaterais, ou seja, voltada para ausência de doença como único resultado.

Com a organização política dos trabalhadores, bem como a intensificação do conflito entre as classes sociais na reivindicação por uma política de saúde integral e universal o Estado passa a atender essas demandas como uma forma de manutenção da ordem vigente, ao mesmo passo em que transfere suas responsabilidades para iniciativa privada. Sendo assim, os debates e as produções teóricas acompanham o movimento dialético da sociedade, e a saúde, assim como, sua concepção envolve uma série de reformas encabeçadas pelo Estado e pelo movimento da sociedade civil. Portanto, envolve desde um processo de privatização como uma política entendida como um direito social, estreitamente ligado à democracia e especialmente à visão ampla de saúde.

Da prática curativa à questão social, o conceito de saúde é problematizado por diferentes perspectivas teóricas, tendo direcionamento a partir da contribuição do método crítico-dialético com o processo de reivindicação pelos direitos sociais. Desse modo, a concepção de saúde no seu sentido ampliado, voltado para a perspectiva da determinação social da saúde, envolve um conjunto de envolvimento de profissionais, teóricos e intelectuais orgânicos na construção da redemocratização, bem como da reforma sanitária, por tal motivo que a política social também tem um caráter político.

Segundo Maria Inês Bravo (2000), a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, representou o grande marco na discussão sobre saúde e sociedade, pois além de incitar e preparar a reformulação do sistema nacional de saúde, também levou o debate para além das salas de aula, mas contou com a participação de moradores, sindicatos e muitas outras associações de profissionais, propondo a grande Reforma Sanitária, que viria a ser a integração dos serviços públicos para a abrangência de toda a população. Ao passo que tudo isso acontecia, essas mudanças institucionais precisavam de algo para fortalecer o setor público, de modo que foi criado o atual Sistema Único de Saúde (SUS), uma das principais deliberações do setor, visto que a maior foi conquistar a saúde como direito.

O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante do Projeto de Reforma Sanitária, regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica de Saúde, tem como base o estado democrático de direito e a defesa da universalização das políticas sociais, analisando a concepção de saúde através de um viés ampliado, com ênfase nos determinantes sociais. Desse modo, “a saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999) faz parte de um novo modelo de assistência social, que visa à integralidade e equidade das ações.

Nesse contexto, salientam-se as disputas do mercado com os interesses privatistas de tornar a política de saúde universal pela via dos planos de saúde e para aqueles que podem pagar. Sendo assim, a política de saúde passou a entrar no circuito da compra e venda de mercado mesmo com a construção da Constituição de 1988 voltada para garantia dos direitos universais e o dever do Estado.

Entretanto, a disputa entre os projetos societários distintos se acirrados durante a ditadura de 1964, perpassando a abertura democrática, até a contemporaneidade marcada pelo projeto neoliberal de mundialização do capitalismo financeiro, desmonta-se, portanto, o Sistema de Seguridade Social enquanto princípio democrático e cresce o modelo de uma “Democracia Restrita” (NETTO, 1990), que propõe o enxugamento do Estado, ou seja, minimizar suas ações, de modo que seja o máximo para o capital e mínimo para o trabalho. Nessa perspectiva, com a afirmação das contrarreformas neoliberais, acentua-se o processo de privatização e de mercantilização da saúde, a partir da defesa do projeto do grande capital.

Com isso, pode-se afirmar que os princípios que deveriam ser universal, de qualidade e integral tornou-se um sistema onde o Estado não se responsabiliza pelo seu financiamento, ao mesmo tempo em que as ações são focadas na alta complexidade, nos serviços emergenciais, favorecendo e priorizando os interesses privados em detrimento dos investimentos na rede pública própria do SUS, investindo no sucateamento e na baixa qualidade, com ações paliativas e que tornam o SUS um lugar perverso, sem recursos e regulação efetiva. Assim, constrói-se uma imagine de que o problema da falta de saúde é do Sistema único da Saúde, quando na verdade, trata-se de uma estratégia neoliberal de avançar com as privatizações, mercantilizações e desmontes dos direitos sociais.

Nesse lastro, o objeto de estudo da referente pesquisa, a partir dessas reflexões, bem como de debates anteriores realizados ao longo do curso em Serviço Social, sobre a mercantilização da saúde e sua relação com a violência obstétrica enquanto expressão da questão social e as repostas dadas a essas expressões pela via da privatização da saúde, onde cria-se a cultura do parto cesáreo violando na maioria dos casos do direito de escola da mulher.

Ao longo do texto busca-se problematizar sobre a contrarreforma do Estado e todas as suas nuances e desdobramentos no sentido do sucateamento do Sistema Único de Saúde, em detrimento do investimento para o setor privado nessa política. Esse trabalho tem por foco, portanto, refletir sobre as inflexões da violência obstétrica a partir do âmbito da mercantilização da saúde, quais seus pormenores e consequências para a sociedade, visto que essa é marcada pelo patriarcado e pelas situações de gênero, além de estudar a saúde como reflexo das condições sociais e entender um pouco sobre suas raízes, as condições históricas que incidem sobre ela.

Além disso, apesar da importância, ainda é um tema pouco discutido na sociedade, seja pelos órgãos de representação ou pela instância do Estado. Desse modo, essa pesquisa de carácter bibliográfico alicerçado no método crítico-dialético e nas suas categorias heurísticas: contradição, historicidade, mediação e totalidade, visa contribuir com a produção de conhecimento por meio da problematização da mercantilização da saúde, inclusive, na criação de uma cultura cesariana que perpassa a violência obstétrica enquanto questão social, tendo em vista a violação dos direitos sociais terem como elemento central: a desigualdade social.

A pesquisa é de cunho qualitativo, pois trata da realidade social de determinado grupo, com um universo de significados, aspirações e crenças, ou seja, naturezas muitas vezes divergentes e que não podem ser quantificadas numericamente, logo, busca as características de determinado grupo social, analisando-se a ocorrência do fenômeno determinado, ou seja, a começar pelo objetivo geral da pesquisa, de modo geral que podemos definir como processo a análise da mercantilização da saúde e sua influência na vida de mulheres que sofreram violência obstétrica, na tentativa de entender esse processo, suas justificativas, motivações e seus impactos na vida em sociedade enquanto expressão da questão social.

Tal análise terá como instrumentos de construção levantamentos bibliográficos e de dados, com a leitura de artigos e entrevistas, visto que esse tema exige um processo de leitura e aprofundamento, principalmente por se tratar de interpretação de ações dentro e a partir de elementos que estão presentes na realidade social. Dessa forma, a captura do objeto se deu do movimento do concreto-pensado, de uma realidade que levada ao nível da consciência propõe-se depois da reflexão trazer elementos de modificação dessa realidade.

Nessa perspectiva, serão estudados autores como Maria Inês Bravo, Raquel Soares, Maurilio Matos, Dalva Horácio, e alguns outros que são referência nessa área e foram importantes para fundamentar a referida pesquisa. Além disso, serão analisadas portarias e leis que regem a privatização da saúde, documentos do Banco Mundial referentes à política

de saúde, dados sobre a violência obstétrica e orçamentos públicos destinados a iniciativa privada.

Dessa maneira, os dados serão organizados através do método de investigação da análise bibliográfica, de modo à identificação e compreensão desses processos e análise da existência desses fenômenos, permitindo maior aprofundamento no tema, e mais, relacionando-se os materiais coletados, as perspectivas teóricas utilizadas e as conclusões adquiridas no processo. É um processo analítico e que tem seu ritmo próprio e particular, com todo o dinamismo da vida individual e coletiva.

Enfim, os capítulos desse trabalho buscam em um primeiro momento resgatar os fundamentos sociais e históricos da política de saúde na realidade brasileira, e um segundo momento visa-se fundamentar o debate da mercantilização da saúde e sua relação com a violência obstétrica enquanto expressão da questão social.

## **2. FUNDAMENTOS SÓCIO-HISTÓRICOS E AS CONTRADIÇÕES DA SAÚDE NA REALIDADE BRASILEIRA**

### **2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS DA REFORMA SANITÁRIA E A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL**

O conceito de saúde foi por vários séculos reduzido à ausência de doença e sua determinação relacionada à problemas espirituais ou por desobediência ao divino. Porém, pode-se perceber que essas definições sobre saúde, sem amparo científico, conseguiram ser sustentadas na sociedade pela falta de debate e reflexão, além, do descompromisso do Estado em compreender a saúde no seu sentido amplo, onde a saúde pode ser considerada um complexo político-econômico-social, de modo a conseguir acompanhar desde a evolução da ciência, da técnica e da tecnologia até um processo de Humanização.

A saúde e a doença dentro de uma perspectiva crítica devem ser analisadas em sua totalidade envolvendo os aspectos conjunturais sociais, econômicos, políticos e culturais, desse modo, sua conceituação e definição estão intrinsecamente relacionadas à forma como os sujeitos se organizam em sociedade na reivindicação de seus direitos, logo, a saúde acompanha o movimento dialético dessa sociedade. Nesse sentido o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) desenvolveu o conceito ampliado de saúde ancorado na perspectiva da Determinação Social da Saúde.

Sendo assim, historicamente a saúde teve diferentes concepções e estruturação, desde a relação com a magia e a religião como nas civilizações antigas hebraicas, como ações de controle e contenção de iniciativas da cultura popular como na Idade Média e na modernidade, a medicina preventiva e o crescimento das críticas à ordem posta pelo capitalismo.

Desse modo, a saúde enquanto expressão do desenvolvimento da sociedade insere-se no processo de contradição de cada particularidade social e histórica, no Brasil, por exemplo, em meados de 1930, o país passou por uma série de mudanças no que concerne às práticas de assistência à saúde. Essas mudanças estão conectadas com a presença dos imigrantes que se inseriram no processo de industrialização e passaram a reivindicar melhorias nas condições de trabalho, bem como dos escravos que não foram absolvidos por essa industrialização e colocados à margem das cidades.

Com o acirramento dessas contradições, o Estado passa a intervir de modo mais direto com o intuito de manter o consenso entre as classes, logo, as primeiras iniciativas de saúde focadas na doença são direcionadas para medidas paliativas e urgentes. Nessa conjuntura



problematiza-se sobre o embrião da política de saúde voltada para as campanhas, sem englobar os trabalhadores assalariados e sem uma compreensão de totalidade dos aspectos que envolvem a saúde enquanto resultado da forma que se vive em sociedade.

Assim sendo, analisa-se a saúde enquanto expressão da questão social e por tal relação essa política acompanha o movimento de desenvolvimento do capitalismo, o acirramento da luta de classe e a forma como o Estado passa a conduzir suas ações diante das contradições.

Nos anos 40, as ações passaram a ser desenvolvidas de forma organizacional por meio do Ministério da Educação e Saúde com intermédio dos órgãos de prevenção e controle de doenças, como o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em cooperação com o *Institute of Interamerican Affairs*, do governo Americano, onde estabelecia o desenvolvimento de atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitária às populações da Amazônia.

[...] O modelo de previdência que norteou os anos 30 a 45 no Brasil foi de *orientação contencionista*, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930). [...] um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi, sem dúvida, o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos. A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. A legislação do período, que se inicia em 30, procurou demarcar a diferença entre 'previdência' e 'assistência social', que antes não havia. Foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas com 'assistência médico-hospitalar e farmacêutica. (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986, p. 61).

Nesse cenário, em precárias condições de higiene, habitação e saúde, foi dada ênfase às campanhas sanitárias pelos setores de saúde pública, pois possuía elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças parasitárias e através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), principalmente para os assalariados urbanos, com o intuito de conter possíveis reivindicações. Apenas em meados de 1950 começaram a surgir as estruturas de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que estabeleceu normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde, um grande marco para a saúde moderna. Nesse período, até meados de 1964, houve melhorias consideráveis na saúde pública, principalmente nas condições sanitárias, porém os quadros de doenças infecciosas e parasitárias não conseguiram ser eliminadas, com elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil e geral.

É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros (POLIGNANO, 2005, p. 11).

Nos anos que sucederam, o Brasil foi tomado por *atos institucionais* que cerceavam a liberdade individual e constitucional, através das forças militares extremamente fortes e com apoio da burguesia, que implementaram e fortaleceram a criação do anticomunismo visando desmobilizar as reivindicações sociais por meio de um sistema repressivo voltado para o combate ao socialista em um conjuntura onde o mundo está dividido na guerra Fria.

O “milagre brasileiro” que ocorreu na área econômica foi, na verdade, financiado pelo capital estrangeiro, com o aval dos Estados Unidos para avançar com seu projeto de mundialização do capital mediante hegemonia neoliberal.

A ditadura civil-militar que se instala no Brasil a partir de 1964, de caráter repressivo e excludente, que usava os militares para reprimir, teve segundo Polignano (2005) como principal ação um “longo programa ideológico para ameaçar, perseguir e retirar dos estudantes, especialmente os de nível universitário, qualquer autonomia representativa, mantendo-os afastados de uma participação ativa nas transformações políticas”, de modo que se reformulam as políticas sociais até então duramente conquistadas para legitimar os interesses do governo ditador.

Nesse lastro histórico, o Brasil passou por um processo de acirramento no interior da política de saúde com o desmantelamento das organizações civis e da estrutura do Estado, no qual se desdobrou nas mudanças de alguns serviços, dentre elas, o sistema previdenciário que foi unificado sem absorver as particularidades, limitando-se a determinadas categorias profissionais organizadas politicamente. Contudo, esse processo de modernização aconteceu no que Florestan (1979) enfatiza ser pela via do conservadorismo, logo, uma modernização conservadora que incorpora os elementos arcaicos presente na formação social e histórica do Brasil.

Desse modo, “o “moderno” se constrói por meio do “arcaico”, recriando nossa herança patrimonialista ao atualizar marcas persistentes e, ao mesmo tempo, transformando-as no contexto de mundialização do capital sob hegemonia financeira” (2014, p. 128), ou seja, o “moderno” e o “arcaico” se relacionam.

Iamamoto (2014) elenca, a partir desta análise, às determinações históricas que redimensionam a “questão social”, pontuando as particularidades da formação histórica brasileira e o seu tratamento mediante a conjuntura em que a sociedade vivencia transformações, as quais indicam novas expressões da “questão social”, fundamentada na velha e fundante contradição capitalista.

Além desses elementos culturais que perpassam a herança conservadora no país no trato as expressões da “questão social”, a autora retorna o debate sobre a “revolução passiva” presente desde a colonização até a contemporaneidade, de um Estado direcionado para aplicar suas reformas do “alto” para “baixo” como aconteceu durante o período da autocracia burguesa.

Resumidamente, a particularidade da formação social brasileira é fruto das heranças conservadas através da “revolução pelo alto” que, as classes dominantes se antecipam às pressões populares, realizando mudanças para preservar a ordem, “evitando qualquer ruptura com o passado, conservando traços essenciais das relações sociais e a dependência ampliada do capital internacional” (IAMAMOTO, 2014. 132), através de uma forma elitista e antipopular.

Para essa autora assim como Santos (2012, p. 68) afirmam que “a desigualdade faz parte do desenvolvimento do país e por isso tem sido uma de suas particularidades históricas”, e que nossa herança histórica e o presente imprimem um ritmo particular ao processo de mudanças. Sendo assim, “tanto o novo quanto o velho alteram-se em direção contrapostas: a modernidade das forças produtivas do trabalho social convive com padrões retrógrados nas relações no trabalho, radicalizando a questão social” (IAMAMOTO, 2014, p. 134).

Dessa forma, como é tratada a “questão social”? A “questão social” é tratada com as velhas oligarquias, adaptando o clientelismo, patrimonialismo para atender as novas exigências de produção. Segundo Iamamoto (2014), a burguesia brasileira tem suas raízes profundamente imbricadas às bases do poder oligárquico e à sua renovação diante da expansão dos interesses comerciais, financeiro e industriais.

Nota-se que um dos problemas do atraso da sociedade brasileira se dá pela propriedade de terra na referenciando o que José de Sousa Martins chama do poder do atraso necessário para o desenvolvimento do capitalismo. É sobre esses moldes que a revolução burguesa no Brasil se gesta. É assim, marcada com o selo do mundo rural, sendo a classe dos proprietários de terra como um de seus protagonistas.

A oligarquia cafeeira permaneceu no espaço político, econômico e cultural mesmo com o crescimento da burguesia nascente do desenvolvimento industrial. Com a “modernização conservadora”, verifica-se uma aliança do grande capital financeiro, nacional e internacional, com o Estado nacional, que passa a conviver com os interesses oligárquicos e patrimoniais, que também se expressam nas políticas e diretrizes governamentais.

As desigualdades são intensificadas nos anos de 1970 e as ideias neoliberais que preconizam a desarticulação do poder dos sindicatos, fez crescer o desemprego e a desigualdade social, visto que apostaram no mercado como grande esfera reguladora das relações econômicas, “cabendo aos indivíduos à responsabilidade de reprodução pela via do mercado”. Nesse momento prevalece a ideologia da meritocrática, em que culpabilizam os indivíduos pelos seus resultados sem considerar a igualdade das condições, baseado apenas no esforço individual.

Essas argumentações apenas reforçam a estrutura desigual, pois o discurso neoliberal presente na ditadura tem a espantosa façanha de atribuir título de modernidade ao que há de mais atrasado na sociedade brasileira: fazer do interesse privado a medida de todas as coisas, obstruindo a esfera pública e a dimensão ética da vida social.

O governo militar com o objetivo de controlar a classe trabalhadora busca garantir para os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social, com a finalidade de aumentar o poder de regulação/repressão por parte do Estado. Como parte desse processo de fusão, uma das principais medidas tomadas Estado foi à criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em substituição aos IAPs, com o intuito de alijar os trabalhadores do jogo político e estimular um governo mais “populista”.

A criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios ao nível do IAP's. Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. O fato do aumento da base de contribuição, aliado ao fato do crescimento econômico da década de 70 (o chamado milagre econômico), do pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros. (POLIGNANO, 2005, p. 15)

Nesse panorama, a política de saúde precisou foi se adequando aos novos moldes econômicos e previdenciários da época, pois com o crescimento de contribuintes na previdência (e sua expansão) exigia uma realocação dos recursos públicos. Nesses termos, o governo militar, com o intuito de agregar aliados, apontou para a iniciativa privada,

estabelecendo convênios e contratos com os hospitais particulares do país e aumentando a capitalização dos mesmos.

Desse modo, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978, para individualizar a administração com foco nos contribuintes. Porém, antes disso, em 1974, o sistema previdenciário se consolidou como ministério próprio por meio do Ministério da Previdência e Assistência Social, cuja finalidade ampliou rede privada, através de empréstimos a juros baixos.

Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, cabe salientar que nesse período tem-se a organização de movimentos sociais reivindicando a abertura democrática, em resposta constrói-se arcabouços legais voltados para o campo de ação na área de saúde, de desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

No entanto, o governo ditatorial adotando medidas de prioridade à expansão do mercado, destinou suas ações para as medidas imediatistas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, financiada com recursos da contribuição dos trabalhadores para o INPS. Podemos afirmar, então, que o Ministério da Saúde se tornou um órgão burocrata-normativo de legitimidade dos interesses e conduções da classe dominante efetivado pelo Estado.

Esse conjunto de ações empresariais/burguesas encontraram entraves com as resistências e intensificação dos movimentos sociais, e na particularidade da saúde, com o fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)<sup>1</sup>, diante disso, o governo passou a absolver modificar nas suas ações direcionando para o modelo assistencial privatista, em detrimento da medicina curativa por se mostrar insuficiente e ineficaz, não conseguindo atender/avaliar/solucionar as epidemias do país à época e as consequências dos problemas de saúde coletiva.

Portanto, buscando conter as tensões entres os diversos setores e obter maior efetividade no enfrentamento da questão social, mas sem perder o controle da máquina estatal, em 1979 o Ministério da Saúde conseguiu conduzir a saúde pública, destacando-se a interiorização dos serviços de saúde, sua implantação de estrutura básica e aumento da cobertura. Nesse momento, também aumentavam as pressões frente ao governo militar,

---

<sup>1</sup>O momento movimento surge mediante a criação do CEBES em 1976 que defendia a democratização da saúde, onde passo ser denominado de “movimento sanitário” ou “movimento da Reforma Sanitária” compreendido como conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde por meio dos seus determinantes. O embrião desse momento aconteceu em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política, o “movimento sanitário”. Foi um grupo de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde influenciadas pelo modelo da Reforma Sanitária Italianas onde propuseram um o projeto reformador baseado na critica ao modelo privatista, trazendo a reflexão da articulação entre os setores sociais e a saúde.

sobretudo nos casos de corrupção e fraudes públicas, onde a população tornava-se cada vez mais militarizada e mobilizada.

Em meio ao processo de declínio do regime ditatorial e transição democrática, crescia a emergência o movimento sanitarista embrionário em meados dos anos 70 quando os médicos exilados retornam para o país e passa a contribuir com esse movimento de reivindicação em prol de uma saúde ampliada, sendo assim, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos e atingiu uma dimensão política, advinda da democratização. Podemos destacar como principais figuras os profissionais de saúde, os partidos políticos de oposição e os sujeitos que representavam o movimento sanitarista, como Jaime Arouca.

O MRSB teve contribuições das ideias socialistas<sup>2</sup> nasceu em um contexto de luta contra a ditadura, na década de 70 e diz respeito “ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.” (SUS, 2019), através de grupos de médicos e outros profissionais que se preocupavam com a saúde pública e em busca da melhoria das condições de vida da população, através de teses e propostas diversas.

Vale salientar que o modelo campanhista – diferente do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro - que aconteceu no início do século XX, baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, em sua maioria para as camadas mais pobres da população. Sendo assim, o MRSB colheu referências desse, porém possuem características distintas.

Pode-se destacar como marco institucional desse processo a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que discutiu a saúde como direito à cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento desse setor. A concepção de saúde nesse projeto implica “conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação” (PAIM, p. 47), ou seja, compreender os

---

<sup>2</sup>Segundo os ensinamentos do socialismo, isto é, do marxismo (pois do socialismo não-marxista não podemos agora falar seriamente), a verdadeira força motriz da história é a luta revolucionária das classes, as reformas são subprodutos da luta, subprodutos porque expressam a tentativa fracassada de enfraquecer, de diminuir a agudeza da luta, etc. Segundo os ensinamentos dos filósofos burgueses, a força que impulsiona o progresso é a solidariedade de todos os elementos da sociedade, que reconhecem a «imperfeição» de todas as realizações. Os primeiros ensinamentos são materialistas, os segundos, idealistas. Os primeiros, revolucionários, os segundos, reformistas. Os primeiros determinam as táticas do proletariado no mundo capitalista moderno, os segundos, as da burguesia. (LENIN, 1947, p. 54)

determinantes sociais que perpassam as condições e qualidades de vida, entendendo essa saúde como bem público dentro da defesa de uma redemocratização do Estado e universalização do acesso aos serviços.

O principal resultado desses debates foi à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma proposta de reformulação do sistema nacional de saúde, onde foram analisados aspectos estruturais e conjunturais do Brasil e os cidadãos passaram a tomar conhecimento dos seus direitos e lutar por eles.

O Sistema Unificado de Saúde deve assegurar autonomia política, administrativa e financeira aos estados e municípios, definindo-se as responsabilidades por nível de governo. O sistema unificado de saúde deve ter suporte financeiro estável, com recursos provenientes de impostos e integrados em um fundo único por nível de governo. É indispensável que a reforma fiscal e tributária, que a Constituinte venha a promover, tenha em conta as nossas propostas de reforma sanitária. O Sistema Unificado de Saúde deve ser coerente com a integralidade da atenção à saúde. (SOUZA, 1987)<sup>3</sup>

Dessa forma, se enfatiza que durante o período ditatorial, a saúde no Brasil era basicamente para atender a classe de maior poder aquisitivo, com serviços voltados para a recuperação e não para a prevenção, mesmo com as doenças infectocontagiosas aumentando a mortalidade da população. Além disso, o sistema de saúde visava responder aos interesses do mercado, dos grandes produtores de insumos e de serviços, tornando a população uma “mercadoria manipulada pelas forças de mercado” (Folha de São Paulo, 1977).

Nesse cenário, o setor privado que comandava a época, encontrou na medicina previdenciária um meio de prosperar sem causar grandes alardes, de maneira silenciosa e censurada, visto que, pela constituição de 69 a iniciativa pública era de caráter complementar. As principais doenças atingiam as grandes periferias, porém medidas de prevenção e controle não foram tomadas até que uma epidemia, principalmente de meningite, chegasse até os grandes centros.

Além disso, com o financiamento do setor saúde majoritariamente sendo responsabilidade do Estado, o setor privado dar-se-á, nesse novo sistema, de forma complementar, preferivelmente pelas entidades filantrópicas. Esses contratos garantiam ao Estado o poder de intervir quando necessário e proibiam o uso dos recursos para fins lucrativos. Apesar de todos esses avanços, no final da década de 80 o Projeto de Reforma Sanitária já passava por um momento de fragilidade, pois não conseguia colocar em prática todas as pautas, além das tensões com os profissionais<sup>3</sup> de saúde, a redução do apoio popular

<sup>3</sup> Disponível em: <<http://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>>. Acesso em: 05 nov 2019.

frente à ausência de resultados concretos e, principalmente, a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma.

Nos anos seguintes, vê-se o crescimento das Políticas Neoliberais e o papel do Estado sendo redirecionado para o fortalecimento do grande capital e por meios de inúmeros desmontes. A contrarreforma do Estado foi uma estratégia utilizada para colocar direcionar o modelo econômico vigente, afirmando o esgotamento estatal e a emergência de um modelo descentralizado, eficiente e produtivo. Dessa forma, o Estado torna-se um mero regulador das atividades, transferindo para o setor privado a responsabilidade direta que antes era sua.

Nessa perspectiva, a hegemonia neoliberal no Brasil vem sendo responsável pela redução de uma série de direitos sociais e trabalhistas arduamente conquistados, pelo crescente desemprego e precarização do trabalho, além do sucateamento da saúde, sendo essa última cada vez mais vinculada às políticas de mercado, comprometendo o avanço do SUS e seu consequente desgaste. Diante disso, o tópico seguinte desse trabalho versará sobre os conjuntos das ideias neoliberais e a lógica mercadológica que perpassam a saúde brasileira e como de certa forma isso contribui para cultura de uma violência obstétrica.

## **2.2. OS IDEAIS NEOLIBERAIS E A LÓGICA MERCANTILISTA NA DISPUTA PÚBLICO-PRIVADA DA SAÚDE NO BRASIL**

Em meados dos anos 1980, difundiu-se na conjuntura Brasileira o ideário neoliberal, trazendo a desarticulação da concepção de que o Estado é o principal redutor das desigualdades sociais e, principalmente, sua majoritária intervenção econômica e político-social. Mais, esses novos princípios preconizam um discurso de que o Estado é ineficaz, deficitário e por isso devem garantir o livre mercado para assegurar o desenvolvimento econômico.

Para os liberais, o Estado deve apenas fornecer base legal para que o mercado livre possa maximizar os ‘benefícios aos homens’. Trata-se de um *Estado mínimo*, sob forte controle dos indivíduos que compõem a sociedade civil, na qual se localiza a virtude. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008)

Esse modelo de *Estado Mínimo* remodela as políticas sociais e modifica as áreas de atuação do mesmo, ou seja, nada mais é do que a preconização da liberdade individual, da competição e do falso pressuposto de prosperidade econômica. Dessa maneira, o capital torna-se “máximo” e ao Estado cabe apenas garantir a ordem e a legalidade, sem qualquer articulação econômica direta.



O papel do Estado passa a ser fundamental para o processo de desenvolvimento e ampliação da financeirização do capital, enquanto agente direto dos desmontes dos direitos sociais, servindo, portanto, como elemento catalisador e impulsionador desse processo. Assim, com o reordenamento do Estado tendo como eixo norteador a política do BM para os países periféricos, consolidou-se um intenso processo de privatização dos serviços públicos, incluindo a saúde.

Este é um quadro de desmonte de um padrão de proteção social, operando como tendências o sucateamento e rebaixamento dos serviços públicos e por consequência a transferência e abertura para o mercado de serviços que até então não estavam no circuito da venda e troca adequadas à lógica da mercadoria, dentre eles destacamos a saúde. O que passa a ocorrer então, por parte dos governos, é a defesa de que a saúde enquanto mercadoria deve ser “universalizada” via mercado o que colide diretamente com a concepção de saúde ampliada balizada nos princípios da integralidade e universalidade e democratização do acesso e da gestão do SUS.

Esse processo de desmonte patrocinado pelo Estado na introdução do neoliberalismo é uma tendência mundial, a qual resulta no esfacelamento do Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State* que surgiu no pós-guerra, após o capital entrar em crise e demandar um novo modelo para mantê-lo vivo. Essa alternativa de Estado intervencionista pode ser caracterizada como um processo de implantação de programas sociais, que tem como objetivos principais a promoção e a defesa dos direitos à saúde, à educação, à habitação e ao trabalho.

O Estado de Bem-Estar Social, portanto, participa da reprodução do capital e da força de trabalho, ocupando, dessa maneira, um lugar central na dinâmica do Fordismo. Na medida em que participa da reprodução do capital e do trabalho, promovendo o compromisso, o Estado de Bem-Estar Social desenvolve, ao mesmo tempo, uma intensa politização das relações entre capital e trabalho no interior do próprio Estado – oferecendo, desta forma, um certo grau de transparência do fetichismo do Estado Capitalista, que se apresenta como representante de toda nação, quando, ainda que com um certo grau de autonomia, representa e unifica os vários setores sociais ligados ao capital. (SILVA JÚNIOR, SGUISSARDI, 2001, p.105).

A intervenção do Estado na economia se estruturava para assegurar a geração de riquezas materiais simultaneamente à diminuição das desigualdades sociais, intervindo na regulação das atividades produtivas, com o intuito de amenizar os impactos causados pela economia capitalista de caráter liberal. A principal crise que surgiu nesse panorama foi à chamada “Crise de 29”, provando que a economia livre do controle estatal gera profundas desigualdades sociais e conflitos políticos.

Apesar desses avanços, a inserção das mulheres no mercado de trabalho e a expansão tecnológica aumentaram significativamente as taxas de desemprego, de modo que o Estado não conseguia mais suportar os gastos “extras” existentes, pois a produção diminuiu e os gastos sociais se amplificaram. Com isso, a consequência natural foi à redução da capacidade do Estado, de modo que o modelo foi considerado restrito e incompleto, além de não ter havido igualdade na distribuição dos benefícios.

A tradição de ajuda aos pobres e a assistência social a pessoas comprovadamente necessitadas, derivação contemporânea da primeira, foi visivelmente planejada com o propósito de estratificação. Ao punir e estigmatizar seus beneficiários promove dualismos sociais e por isso é um alvo importante de ataques por parte de movimentos de trabalhadores. (ESPING-ANDERSEN, 1991, P.104)

Segundo Filgueiras (1997, p. 904-905), “a quebra de um pacto social, caracterizado pela busca do ‘pleno emprego’, por certa estabilidade no trabalho e por amplas garantias sociais. É justamente a destruição desse ‘modo seguro de viver’ [...] que dá origem à profunda instabilidade e insegurança específicas”. Ou seja, perde-se o sentimento de coletividade e, conseqüentemente, o real significado desse modelo, que é a sobreposição do interesse público ao particular.

Em decorrência desses fatores, falta de recursos e da crescente demanda prestacionista, as bases ideológicas começaram a serem questionadas e analisadas as possibilidades de redução do Estado de Bem-Estar Social, visto que a, até então, certeza sobre a eficácia do Estado foi sendo destruída e a desesperança tomou conta do imaginário social..

A partir de então, como estratégia para sair da crise, reorganiza-se os processos de capital e trabalho e a privatização do Estado, surgindo o chamado Neoliberalismo. Antunes (2003, p. 31) vai pontuar:

[...] iniciou-se um processo de reorganização do capital e do seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, da qual a era Thatcher-Reagan foi a expressão mais forte; a isso se seguiu também um intenso *processo de reestruturação da produção e do trabalho*, com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor patamares de expansão anteriores.

Esse modelo surgiu de modo contrário aos ideais do Estado de Bem-Estar Social, pois defende o respeito à liberdade individual e ao individualismo, o direito à propriedade privada e a mínima intervenção do Estado. Dessa maneira, o Estado seria apenas o regulador das normas e não mais o principal responsável, ou seja, não interventor, de modo que o mercado deve representar a vontade dos indivíduos.

Esse modelo de acumulação flexível visava confrontar diretamente a organização fordista anterior, que tinha como grande característica a rigidez interna, de maneira que, a partir de então, suas propostas pretendiam ampliar a flexibilização dos processos de mercado de trabalho e de consumo, através de novos serviços financeiros e padrões de consumo, além da intensificação nas inovações tecnológicas.

Esse tema é motivo de grandes debates dentre estudiosos. Harvey (2000, p. 140) afirma que “esse modelo de acumulação representa uma saída à crise tendo em vista que ele envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego chamado de ‘setor de serviços’”. Já Antunes (2003, p.52) vai mostrar que esse sistema é contraditório e fica mais no plano do discurso, pois ao mesmo tempo em que propõem uma estrutura mais flexível por meio de “novas técnicas de gestão da força de trabalho”, do trabalho em equipe, das “células de produção”, dos “times de trabalho”, dos grupos “semiautônomos”, entre outras questões, ele continuou, assim como no modelo fordista, a exercer o controle sobre o processo de organização e exploração da força de trabalho.

Porém, se formos analisar no âmbito político, apesar de pregar a democracia representativa e os direitos individuais, o neoliberalismo não tem a preocupação com a diminuição das desigualdades sociais ou dar qualquer abertura para os movimentos estudantis/dos trabalhadores, motivando a competição e a livre concorrência.

Segundo Paulo Netto (1995, p. 77), para os neoliberais, o Estado de Bem-Estar Social enfraqueceu os alicerces da família, reduziu o incentivo para o trabalho, a poupança e a inovação, fez diminuir a acumulação do capital e limitou a liberdade humana. Isso uma vez que o Estado não conseguiu cumprir as ‘promessas’ nem suprir as demandas que foram surgindo, de modo a não diminuir os índices de pobreza, sendo necessário o auxílio da iniciativa privada. O Estado, então, viria para produzir o mínimo, aquilo que a iniciativa privada não consiga, sem a necessidade de haver igualdade ou universalidade nos serviços.

Se para os neoliberais o Estado é meramente normativo e administrador, então isso significa que sua “ineficiência” torna o mercado maior que o Estado. Isto é, esse modelo ao mesmo tempo em que fomenta a liberdade e crescimento individual, também é a mesma que

impele a competitividade e faz crescer a desigualdade. Por isso também, favorecem o corte nos investimentos sociais e eliminam programas de benefícios.

Com o argumento de que a livre concorrência gera crescimento econômico, o neoliberalismo pode ser entendido como a fusão do conservadorismo com o autoritarismo, pois apesar de combinar valores tradicionais, gera contradições entre aspirações populares e o funcionamento do Estado. Ou seja, para os neoliberais o mercado é a melhor saída para satisfazer as necessidades dos indivíduos, através das famílias ou comunidade, cabendo ao Estado o serviço somente aos mais marginalizados, mais um ponto que indica sua negação dos problemas sociais.

De forma geral, é perceptível o quanto esse modelo neoliberal deixou marcas na sociedade ao longo dos anos, sobretudo no que concerne ao centralismo econômico e das riquezas e no acirramento da divisão das classes sociais no Brasil. Independente do esforço empreendido pelos indivíduos, as conjunturas políticas e econômicas seguem o processo de expansão do capital e tudo gira em torno da acumulação da e geração de lucros.

Depois da exploração do homem pelo homem em nome do capital, o neoliberalismo e seu braço operacional, que é a globalização, criaram, mantêm e ampliam, em nome da sacralidade do mercado, a exclusão de grande parte do gênero humano. O próximo passo será a eliminação? Caminhamos para um holocausto universal, quando a economia modernizada terá repugnância em custear a sobrevivência de quatro quintos da população mundial? Depois de explorados e excluídos, bilhões de seres humanos, considerados supérfluos, devem ser exterminados? O raciocínio é bem mais do que uma hipótese. É um desdobramento lógico do horror econômico fabricado no laboratório dos economistas neste final de século. Horror – este sim – globalizado pelos governos que buscam resultados contábeis e condenam a ação social como jurássica. (CONY, 2003, p. 61)

A Constituição “Cidadã” de 1988 representou um marco na política e para os direitos sociais no Brasil. A partir daí, houve uma aderência ao Estado de Bem-Estar Social, porém não obteve grandes êxitos, visto que sua adesão tardia levou os outros países, que já viam esse modelo como desgastado, a pressionarem o Brasil a aderir ao projeto neoliberal.

A seguridade social brasileira se desenvolve a partir das políticas de assistência e previdência, principalmente para atuar na chamada “questão social”, que emergia à medida em que crescia a influência capitalista no país. Se antes era tratada como caso de polícia, a partir do Governo Vargas passou a ser vista como caso de política. Pode-se citar como

principais modelos de política previdenciária ao longo dos anos a Lei Eloy Chaves (1923), as chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), os Institutos de Aposentadorias e Pensões (1937), que tinham como principal diferença o caráter público e tripartite do último, apesar de ambos terem o objetivo de garantir a proteção social.

Durante o Estado Novo, em 1942, criou-se a Legião Brasileira de Assistência, que tinha como marca o assistencialismo caritativo e foi considerada a instituição que regulou a assistência social no Brasil durante alguns anos. Além disso, nesse período a política nacional de saúde era voltada para a saúde pública e medicina previdenciária. Quer dizer, a seguridade social se desenvolveu no Brasil a partir das políticas de previdência social, assistência e saúde.

Com o advento do regime militar, houve a centralização das políticas sociais e o afastamento dos setores populares, burocratizando os processos e relegando os interesses sociais aos econômicos. Apesar disso, aos poucos o projeto modernizador-conservador do período ditatorial foi apresentada falhas e aos poucos perdendo força, marcando uma grave crise econômica no país e fortalecendo o processo de transição democrática.

A Constituição Federal de 1988, conquista do movimento popular e operário, foi um divisor de águas na defesa e estabelecimento dos direitos sociais e na proteção social brasileira, visto que trouxe uma nova concepção de seguridade que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Segundo a CF, os objetivos da Seguridade Social são:

I- Universalidade da cobertura e do atendimento;

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

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

IV-Irredutibilidade do valor dos benefícios;

V- Equidade na forma de participação no custeio;

VI-Diversidade da base de financiamento;

VII- Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos

empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.  
(BRASIL, art.194, 1988)

Tais objetivos imputaram uma uniformidade nos serviços e um avanço significativo no alcance da seguridade à população, principalmente ampliando o acesso igualitário para os trabalhadores rurais. Seu caráter democrático e descentralizado permitiu que os serviços estivessem mais próximos de cada realidade, tratando-as de maneira mais individualizada e respeitosa. Com relação as políticas de seguridade social, identificamos três.

A concepção de universalidade também incidiu no sentido de maior cobertura para todos aqueles que queiram fazer parte desse sistema, sejam trabalhadores de modo geral ou contribuintes individuais. Além disso, trouxe mudanças para a população urbana, com o aumento do tempo de carência e de salários benefício, já a para a população rural aumentou os valores do salário por anos de contribuição.

A política de saúde passou a ser descentralizada e universal, ou seja, conta com a participação de toda a comunidade na gestão, onde todo cidadão tem direito à saúde. Sua principal ação foi a promulgação da Lei 8.080/90, que implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) e rompeu definitivamente com o antigo modelo de saúde.

A política de assistência social, a partir da carta magna de 88 passou a ser tratada como direito, considerada política pública, rompendo com o viés caritativo e assistencialista, “sendo prestada a quem dela necessitar, independentemente da contribuição à seguridade social” (BRASIL, 1988, art. 203), ou seja, rompe também com a assistência vinculada ao setor previdenciário.

Ao mesmo tempo em que cresciam os movimentos populares progressistas no país, emergia também as críticas ao intervencionismo estatal, que ambicionavam uma reestruturação na produção, afim da geração de taxas de lucro. A nova visão que surge, ligada ao cenário internacional, orienta o país para uma ideologia de proteção por parte de Estado só para os desprotegidos, aqueles que se encontram abaixo da linha da pobreza, enquanto o resto da população será guiada pelo livre mercado. Nesse sentido, o país passou a aderir ao projeto neoliberal, pressionado pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional.

Nessa perspectiva, passou-se a estimular a exportação, a contenção do mercado interno e o bloqueio de direitos sociais e políticas de assistência, desregulamentando a Constituição de 88, atacando a agenda universalista e desmontando as ações antes mesmo delas serem implantadas. Dessa forma, abre-se espaço para a mercantilização da proteção social no país e privatização dos direitos sociais, em especial terceirizando a saúde e a previdência, assim consolidando a cena para o desmonte da CF de 1988.

[...] pode-se afirmar que à medida que o atendimento da seguridade social se focaliza na população em situação de extrema pobreza, uma parcela do setor médio assalariado é transformada em consumidores de serviços privados complementares, sobretudo na área de saúde e previdência social. (TOBALDINI; SUGUIHIRO, 2011, p. 9)

Com a transferência de responsabilidade para as instituições privadas do terceiro setor, a saúde e a assistência social foram os setores que mais perderam financiamento, além da competição que passava a existir com o mercado privado e o forte apelo aos planos de saúde, bem como as organizações filantrópicas e as não-governamentais.

Esse apelo ao individualismo desresponsabiliza o Estado e “ignoram” seu dever, transferindo a questão social do plano público para o filantrópico. Ou seja, a principal motivação do modelo neoliberal é a despolitização e desfinanciamento do público, em detrimento das empresas privadas e da sua supremacia frente aos serviços do Estado, mesmo que de modo amoral e aético.

[...] com a extinção do INAMPS em 1993, o Ministério da Saúde acumulou as funções deste e passou a exercer o comando único, na esfera federal, da política de saúde, sendo assim denominado até os dias atuais. Já as políticas de previdência e assistência social compunham um único Ministério, o da Previdência e Assistência Social (MPAS), desde 1974. No ano de 2003, o governo Lula criou o Ministério da Assistência Social e alocou neste todas as atividades da política de assistência social. Todavia, os resultados dessa experiência foram considerados insatisfatórios pelo governo, que instituiu no ano seguinte um novo ministério, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), no qual a assistência social ocupa uma das seis secretarias que o conforma. Enquanto isso, a previdência social manteve-se também separada em outro Ministério. Deste modo, na tríade da ideia do que seria a Seguridade Social brasileira, além da separação das três políticas em Ministérios específicos, cada uma vem processando o seu reordenamento organizacional e administrativo separadamente, assim sendo, possuem Fundos orçamentários próprios, bem como Conselhos, Fóruns e Conferências. (BERGER, 2011, p. 6)

Assim sendo, o projeto neoliberal tem como função a manutenção da hegemonia capitalista e do projeto societário burguês, que visa os anseios do mercado e a lógica acumulativa do capital. A restauração da seguridade social ocorrerá através da luta na defesa dos direitos e pela garantia do que foi conquistado constitucionalmente, não permitindo que os direitos sociais se tornem meros geradores de lucro para o mercado.

### **2.3. PROCESSO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO SUA RELAÇÃO COM O DESMONTE DA SAÚDE E A VIOLÊNCIA OBSTRÉTICA**

Conforme Granemann (2004, p. 30), a contrarreforma do Estado pode ser entendida como um conjunto de “alterações regressivas nos direitos do mundo do trabalho. As contrarreformas, em geral, alteram os marcos legais conquistados durante o período de redemocratização do país por meio da luta de classe em um dado país. Desse modo, com a justificativa de que a Carta de 88 é atrasada, abre-se o caminho para um “novo projeto” de modernização.

A contrarreforma do Estado, portanto, é uma estratégia política, econômica, cultural e política do Capital em se reestruturar. Em outras palavras, a contrarreforma do Estado é um conjunto de estratégias e respostas do capital para enfrentamento da crise, configura-se na dominância do capital portador de juros, na intensificação da supercapitalização, na reestruturação produtiva que conjuga inovação tecnológica e organizacional, com velhas práticas predatórias de acumulação primitiva, no ajuste estrutural do Estado de acordo com a nova racionalidade hegemônica e com todo o ideário neoliberal a ela vinculado, que tem seus rebatimentos na organização do trabalho (SOARES, 2010).

A entrada do Estado, em tempos de estagnação, reação burguesa e neoliberalismo, no Brasil, é marcada pelo ambiente contrarreformista de desmonte dos direitos sociais conquistados por meio da luta encabeçada pela classe trabalhadora, explícito na constituição de 1998, cuja direção era de políticas sociais com caráter universalista e como dever do Estado.

As intituladas “reformas” do Estado são orientadas e designadas para atender o mercado, na conjuntura em que as complicações no âmbito econômico, político e social eram mencionadas pela burguesia como consequências do próprio Estado, para isso era preciso racionaliza-lo e reforma-lo com ênfase no processo de privatizações e no desmonte da seguridade social ainda não implementada, mas garantida via constituição, contudo a ofensiva neoliberal, acima de tudo, passou a desprezar as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e a taxa-la como perdulária e atrasada na abertura do novo projeto de sociedade.

Trata-se de uma reorganização das fases do ciclo global da mercadoria e da criação de mecanismos sócio-políticos, culturais e institucionais necessários à manutenção do processo de reprodução social, na qual as principais metas foram/são: “redução de gastos públicos; ampliação da participação do setor privado lucrativo e não lucrativo; redução das contribuições das empresas; desenvolvimento de políticas focalizadas na pobreza;



desenvolvimento de atividades voluntárias integrantes aos serviços públicos” (MOTTA, 2015, p. 135).

Diante disso, o Estado submetido aos ditames dos organismos multilaterais entre na “nova” era histórico universal – da globalização/ mundialização –, por meio da desregulamentação e da flexibilização, redução consideravelmente no papel político e participativo na sociedade, configura-se como “um Estado mínimo para classe trabalhadora e máximo para o capital” (NETTO, 2012).

No Brasil, especificamente, a contrarreforma do Estado Brasileiro tem traços iniciais no período ditatorial, mas o impulso aconteceu nos governos de Collor e Fernando Henrique Cardoso (FHC), nas palavras dos seus ideólogos a proposta da contrarreforma apresentava-se como “necessária”, devido à crise fiscal nos países centrais ocasionadas pela ampliação da intervenção estatal, ao incorporar sua presença no setor produtivo como regulador das relações de produção, com isso o centro da “reforma”, na verdade foi o ajuste fiscal (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

Nesses termos o Estado passa a adotar uma perspectiva de racionalização do gasto público, deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar seu promotor e regulador, transferindo para a esfera privada as atividades que antes eram suas. Evidencia-se, a desregulamentação e redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desmonte notadamente da Seguridade Social, a precarização do trabalho marcado pelo aumento da informalidade por consequência do desemprego estrutural, o sucateamento da saúde, previdência e a educação.

Para seus defensores o modelo burocrático, caracterizado como rígido, hierarquizado, autocentrado, orientado para os processos, devia ser reavaliado e teria que ceder lugar ao modelo gerencial descentralizado, orientado para os cidadãos e para obtenção de resultados, isso se encontra presente no Plano Diretor da Reforma do Estado (PDARE), do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) do ex-ministro Bresser Pereira.

Os desdobramentos da implantação dessa proposta de Estado capitaneada pelas orientações dos organismos multilaterais tiram o Estado de setores estratégicos da atividade econômica, provocando uma redução de sua capacidade de investimento e a perda de autonomia da política econômica, retirou-lhe função de planejar, regular e conduzir o sistema econômico.

Em nome da purificação ética, da modernidade e da eficiência, os ataques acabavam por atingir as instituições e a própria política, provocando separações entre cidadão e o Estado e transformando o ajuste de contas com as práticas do velho patrimonialismo,

consequentemente, tem-se o crescimento da dívida pública – com aumento dos encargos financeiros –, juntamente com a livre mobilidade dos fluxos de capitais (NOGUEIRA, 1998, p. 170).

Em outras palavras, o discurso ideológico da contrarreforma apresenta-se camuflado por uma defesa da inserção do país no mundo internacionalizado, mas na prática constituiu-se como um grande processo de privatização, desconstrução de direitos sociais e sedimentação de consensos em torno das reformas necessárias ao capital em crise. Portanto, as contrarreformas do Estado são parte central da subordinação da política macroeconômica aos interesses do capital financeiro, ao mesmo tempo em que redefiniu a presença dos interesses das distintas classes e frações de classe no interior do Estado. Sendo assim, estabeleceu-se por parte dos governos neoliberais:

1) uma quebra nas resistências político-sociais: por meio da construção do consenso, segundo Netto (2000) através de “renovação ideológica da sociedade brasileira”, tendo em vista “a luta ideológica intensa de FHC” no campo midiático, social, cultural, educacional e artístico, com inteira desqualificação das oposições e de todas as propostas alternativas às políticas de governo, e,

2) uma fratura nos instrumentos jurídico-legais, sendo “a Constituição de 1988 a grande pedra no caminho” do projeto de reforma neoliberal, com a hegemonia do capital financeiro. A partir disso, incidiu um arsenal de medidas, portarias, regulamentações para abertura à movimentação do capital estrangeiro no país e, sobretudo, sobre para romper “as barreiras” que impediam essa livre movimentação.

Na relação entre o público e o privado, o Estado passa adotar sob orientação dos organismos internacionais três posturas:

1) transferência de responsabilidade para sociedade civil, por isso o Fortalecimento do Terceiro Setor e de iniciativas individuais em conjunto com um discurso de responsabilização dos indivíduos;

2) transferência de recursos e de suas responsabilidades para a iniciativa privada, nesse caso para o capital estrangeiro, mediante processo de desregulamentação dos direitos, flexibilização das relações trabalhistas, focalização-terceirização-privação das políticas sociais; e

3) intenso processo de precarização somado a financeirização e a propagação das ideias liberais, no sentido de intensificar a reificação e a fragmentação dos movimentos sociais.

Dessa maneira, as ações do Estado mediante adoção do neoliberalismo têm consequências devastas para o trato das políticas sociais, pois obscurece a dimensão social das políticas sociais, estimulando discursos que supervalorizam a dimensão subjetiva - tida meramente como responsabilidade individual e relegam a dimensão social a uma condição de subalternidade, a uma mediação quase obsoleta.

A organização do Estado no bojo do neoliberalismo, a conformação da política social sob as características da focalização, seletividade e setorialização apontam para um contexto desfavorável para classe trabalhadora. Destarte, entrelaçado com as transformações impulsionadas pela crise do capital, o Estado é chamado a administrar aspectos da relação entre o capital e a força de trabalho passando, conseqüentemente, a desempenhar novas funções.

Sendo assim, a contrarreforma com o direcionamento do neoliberalismo é utilizado como resposta à crise do capital cujo desdobramento é o avanço do neoliberalismo, vive-se, diante disso, um ambiente de rompimento e dissimulações, principalmente com o desmonte do tripé da Seguridade Social: previdência, assistência social e saúde. Sendo assim, pode-se observar a reforma do Estado como um processo histórico que faz parte da crise do capital, reestruturação produtiva do mesmo e, principalmente, redução do papel do Estado.

Essa redução do papel do Estado provocou o desmonte do pacto fordista-keynesiano cujos desdobramentos levaram a queda da taxa de lucro e o endividamento internacional, que se intensificaram com a “crise de superprodução”, sobretudo com o argumento do ajuste fiscal, para expandir a privatização:

[...] é uma crise social do conjunto da sociedade burguesa, uma crise das relações de produção capitalistas e de todas as relações sociais burguesas, que se imbrica com a diminuição durável do crescimento econômico capitalista, acentua e agrava os efeitos das flutuações conjunturais da economia, e recebe por sua vez novos estímulos dessas flutuações. (MANDEL, 1990, p.13)

Diante da estagnação econômica gerada pela crise de acumulação, foi necessário o surgimento de uma nova forma de regime de trabalho, de modo a retirar o poder das massas e reajustar o sistema político e social vigente, através de um redirecionamento do papel do Estado. Ainda, deve-se salientar que a reestruturação produtiva não interfere somente no âmbito econômico, mas também na dimensão social e cultural, pois tem a necessidade de uma nova correlação de forças.

Assim sendo, a reforma do Estado nada mais foi do que um processo de “modernização conservadora” (COUTINHO apud BEHRING 2011), embasando-se na necessidade do grande capital de desregulamentar os mercados para o controle das classes dominantes, alterando e esvaziando as diversas conquistas sociais e trabalhistas adquiridas democraticamente ao longo dos anos. É preciso relacionar o Estado e sociedade, para compreender as remodelações administrativas desse Estado.

Com a remodelação no sistema de seguridade social, a política de saúde foi a principal atingida pelo ajuste neoliberal, interferindo diretamente na qualidade dos serviços prestados. Mesmo sendo uma conquista da Constituição Federal de 1988, a política universal de saúde sempre foi alvo de constantes embates, seja pelo uso dos recursos financeiros, seja pelo domínio do capital.

Diante disso, através do processo de expansão do capital, o processo saúde-doença vem se tornando um espaço para a lucratividade e dominância do grande capital, mesmo que para isso precarize a política pública de saúde, ampliando o espaço para o mercado e rompendo o referencial de saúde pública conquistado nos anos 80.

A política de ajuste e contenção de gastos restringe, cada vez mais, a capacidade do SUS em promover o acesso universal, logo, torna-se a única alternativa para as classes pauperizadas no acesso à saúde, descentralizando a responsabilidade central do Estado e transferindo para o setor privado o atendimento a aqueles que têm acesso ao mercado.

Dessa forma, a “universalização excludente” segrega aqueles que podem pagar pelos serviços de saúde daqueles que não podem, na prática segmentando cidadãos consumidores dos que não tem o sistema público como alternativa, criando uma descrença na gratuidade do acesso que foi conquistada na CF de 88, em geral associado a serviços de baixa qualidade e longa espera e gerando um maior espaço para a expansão do setor privado. O processo de privatização, na verdade, expulsa do sistema diversos segmentos sociais, focalizando o serviço aos pobres e tornando a política de saúde uma mercadoria passível de compra e venda no mercado.

Nessa perspectiva, a estratégia de hegemonia do capital, através do processo neoliberal, se imbrica na contrarreforma do Estado, onde esse é colocado como ineficiente e gera o processo de privatização da coisa pública, tornando-o submisso ao grande capital financeiro e sempre cedendo aos seus interesses.

É incontestável que o SUS é resultado de uma longa trajetória de luta empenhada pela classe trabalhadora, porém o prosseguimento do SUS universal e público é sem dúvida um desafio político, pois supõem a

garantia: do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada, a redução das desigualdades de renda, poder e saúde, e, sobretudo o rompimento com o modelo hegemônico de saúde hospitalocêntrico, medicalizante e curativo, que beneficia o setor privado e a perspectiva mercadorizante da saúde mediante aos atendimentos privados em hospitais, clínicas e laboratórios. (MACIEL, 2017, p. 10)

Com mencionado anteriormente, o neoliberalismo foi implantado no Brasil no final da década de 80, período de recente promulgação da Constituição Federal. Desse modo, ao mesmo tempo em que se tinham conquistas nos campos dos direitos sociais, o neoliberalismo impedia essas de serem concretizadas. Esse período de “redemocratização” ficou marcado pelas disputas entre diversos setores da sociedade, onde o Estado não conseguiu cumprir com o que acabara de garantir na Constituição.

Outro aspecto importante foi a desresponsabilização do Estado frente às políticas sociais, ou seja, transferiu as responsabilidades para os indivíduos, onde cada um deve buscar evoluir através de méritos próprios, diminuindo os recursos para investimentos públicos e adotando medidas de privatização dos serviços sociais e assistenciais.

Nesse cenário de desresponsabilização surge o terceiro setor, que segundo Montañó (2010, p. 66) pode ser entendido como “conjunto de diferentes instituições sem fins lucrativos e que desempenham funções públicas, muito embora se encontre fora do âmbito do Estado e entre este e o mercado”, isto é, as instituições não governamentais realizam ações que deveriam ser do Estado, reforçando o ideal de filantropia e transferindo as suas responsabilidades para a sociedade civil.

Na perspectiva neoliberal, o modelo de gestão terceirizada de serviços reduz os gastos com políticas públicas e corresponde aos interesses por ele determinados, o que estreita seus laços e legitima as ações filantrópicas. O que era para ser complementar tornou-se “troca de favores”, o privado em detrimento do público, a partir de interesses particulares.

Houve a substituição de políticas sociais mais abrangentes, por programas focalizados de caráter emergencial, clientelista e temporário, totalmente ineficazes, uma vez que há a necessidade de políticas de caráter continuado para atingir as demandas em extensão e profundidade como é o caso da pobreza. Ao considerar o Estado incapaz de oferecer todos os serviços à população em virtude do seu sucateamento, o setor privado justifica a mercadorização das políticas sociais. Com isso desencadeou-se o desmonte das políticas sociais de caráter universal. (SOARES, 2009, p. 80)

Por conseguinte, os direitos universais tornaram-se focalizados e seletivos, subordinados às restrições orçamentárias e que devem ser reduzidos o máximo possível ou

transferidos para o setor privado, focando, principalmente, no combate à pobreza, enquadrando apenas aqueles que se encaixam nos critérios pré-estabelecidos. Esses elementos estão presentes no desfinanciamento dos orçamentos dos governos Federal, Estadual e Municipal direcionado para saúde, em contrapartida tem-se um repasse desses recursos para esfera privada com o pagamento dos juros da dívida pública, além disso, estímulos dado pelo governo para os planos de saúde e ao desembolso direto mediante restituição no Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF).

Diante disso, esse processo cria um novo complexo de reestruturação produtiva, que atinge as diversas instâncias da sociedade, inclusive, a saúde com um projeto privatista o qual viola os direitos sociais e aprofunda as violências obstétricas. Desse modo, o projeto privatista, contrário ao movimento da reforma sanitária, investe em estratégias para sucateamento dos serviços públicos e na precarização do trabalho, alegando a ineficiência do Estado em gerir a coisa pública, tentando formar maneiras para que o repasse do fundo público vá para o setor privado, num processo de regressão de direitos e onde o Estado torna-se cada vez mais distante da resolução dos problemas, relegando suas funções as grandes empresas.

A crise estrutural do capital, em exemplo recente no Brasil, pode ser vista no estímulo as operadoras de planos de saúde, com a justificativa de “deixar o SUS para aqueles que precisam”, ou seja, dando agilidade a agenda neoliberal. O “Teto dos Gastos”, aprovado no governo Temer, por exemplo, que congela os investimentos nas políticas sociais por 20 anos, é uma amostra clara dos ideais nebulosos em que esse sistema nos insere.

Além disso, o Estado é um dos grandes propulsores da iniciativa privada, ajudando a financiar as propostas dos planos de saúde e incentivando a ampliação dos lucros gerados por esses, onde o serviço público é descartado, mediante uma crise econômica que gera um desemprego, mas que em nada diminui a investidura no capital privado.

Na realidade, instaurou-se um quadro de mediocrização da vida humana, onde a questão social se acirra demasiadamente e o Estado naturaliza as injustiças sociais, além da monopolização das riquezas produzidas, ao passo em que criminaliza a população. Enquanto isso, a saúde pública enquanto mercadoria nas mãos do sistema privado torna-se terreno fértil para violação dos direitos sociais e descompromisso com os princípios do Sistema único de Saúde.

O processo de contrarreforma acontece no Brasil, de forma contínua, desde meados de 1990, porém de forma fragmentada e sutil, para evitar possíveis resistências, “modernizando” a pauta da reforma sanitária e o SUS, dessa forma:

Os princípios do SUS não são negados explicitamente, tendo em vista as possibilidades de resistência. Os princípios e fundamentos legais do SUS são refuncionalizados, adquirem conteúdos distintos da racionalidade hegemônica no projeto de reforma sanitária, incorporando elementos da nova racionalidade hegemônica [...] (SOARES, 2010, p. 56).

O momento do Estado brasileiro vem se caracterizando como uma regressão no âmbito dos direitos sociais, mas principalmente civilizatórios, cuja centralidade é compromisso com o setor empresarial de saúde em detrimento dos interesses da classe trabalhadora, ou como BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO (2018, p. 16) afirmam que há “uma profunda instrumentalização do Estado brasileiro em favor dos interesses do capital no setor saúde”.

Esse fortalecimento dos interesses do capital incide diretamente no processo de mercantilização da saúde, onde em vez de atenção integral oferta-se acesso a procedimentos que tendem a expressar algum tipo de violação dos direitos sociais, enquanto violências institucionais que geram outras violências, como por exemplo a violência obstétrica. Com isso, muitas dessas mulheres sentem-se oprimidas e sem opção de escolha, se submetendo às restrições e as lógicas dos planos de saúde.

Define-se a violência obstétrica, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como aquela que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento, podendo ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas. Ou seja, são todas as ações que ferem a autonomia da mulher no controle do seu processo de reprodução, um estranhamento do seu corpo e das decisões sobre ele.

Destaca-se a epidemia de cesáreas que o Brasil vive hoje, principalmente no sistema suplementar, fruto de um desenfreado processo de desestimulação às mulheres que desejam o parto normal/humanizado, seja pelos profissionais médicos que consideram esses um “ativismo radical” ou até mesmo pela precarização do trabalho dos profissionais da saúde. Além disso, fortalecem o processo de mercantilização e sucateamento do SUS.

A Organização Mundial da Saúde preconiza que os partos cesáreos deveriam contabilizar 15%, mas no Brasil se aproximada dos 60% dos partos realizados. Problematisa-se, diante desses dados uma cultura privada dentro dos serviços que compõe o Sistema Único de Saúde, por ter no parto cesáreo uma fonte de maior remuneração, ao mesmo tempo em que muitos desses partos são feitos sem seguir a Política de Humanização e respeitar a escolha da

mulher. Logo, seja no setor público ou privado (Dos partos realizados na rede pública de saúde em 2015, 40% ocorrem por meio de cesarianas e na rede particular esse índice chega a 84% - Fundo das Nações Unidas - UNICEF).

Esses dados mostram que se precisa avançar no tocante a assistência às mulheres, principalmente, em relação ao parto, no qual as mulheres que mais são atingidas por essa lógica mercadológica estão inseridas nas periféricas, são negras e pobres. Portanto, a violência obstétrica é uma expressão da questão social que segundo dados do Ministério da Saúde (2015) somente 27% das negras tiveram acompanhamento quando se trata das anestésias, tempo de espera e informações pós-parto.

Apesar das múltiplas relações estruturais, o que impera na saúde é a lógica da mercantilização da saúde, a qual os grandes convênios médicos e a formação dos profissionais que atuam nessa área se voltam para uma cultura de violência visando à rentabilidade econômica em detrimento dos partos humanizado/normal/domiciliar. Além disso, o parto cesariano quando permeado pela violência, expõe a violência contra mulher e a questão de gênero relacionada ao processo de desigualdade social e patriarcal do sistema capitalista.



### **3. MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO QUESTÃO SOCIAL**

#### **3.1 RELAÇÕES HISTÓRICAS ENTRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E QUESTÃO SOCIAL**

Ao estudar e analisar a violência obstétrica, podemos entendê-la como um problema de saúde pública no âmbito nacional e internacional e enquanto uma expressão da questão cujos desdobramentos são identificados no aumento da mortalidade infantil durante os partos e no desenvolvimento de doenças advindas dos partos cesarianos. Sendo assim, a violência obstétrica é mais uma expressão da contradição capitalista de avançar com seu projeto de acumulo da riqueza em detrimento da violação dos direitos sociais.

Portanto, a violência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o “uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (OMS, 2002, p.4).

Por ser matéria de ideias amplas e múltiplas, o conceito de violência pode variar a partir das diversas culturas, mas pode ser resumido ao cerceamento da liberdade, onde existe uma relação dominadora e dominada. A transformação revolucionária que pairava na Alemanha de 1871 e em tantos outros países à época é um pequeno exemplo da violência estruturada pelo Estado, na qual se naturalizada e se transfere a responsabilidade para os indivíduos como se eles fossem os culpados por todas as violências, sendo assim “Na política só há dois poderes decisivos: a violência organizada do Estado, o exército, e a violência inorganizada, elementar, das massas populares” (ENGELS, 1888, p. 422) reproduzidas pela sociedade devido aos valores culturais e econômicos conduzidos pelo capital.

Desse modo, a violência é também um problema de saúde pública, que exige políticas de prevenção e intervenções efetivas no seio da sociedade, ou seja, é uma expressão da questão social advinda de um sistema econômico-político-social excludente e precarizado, que atinge as camadas sociais mais subalternizadas e que não tem acesso ao mínimo necessário para sobreviver.

Segundo dados do Atlas da Violência 2019, o Brasil registrou mais de 65 mil homicídios em 2017, respondendo por 59,1% dos óbitos homens entre 15 a 19 anos. Entre 2007 e 2017, houve um crescimento de 30,7% nos homicídios de mulheres no Brasil, onde a situação mais grave se apresentou no Rio Grande do Norte, que apresentou uma variação de

214,4% em 10 anos. O ano de 2017 registrou um crescimento dos homicídios femininos no Brasil, chegando a 13 por dia. Ao todo, 4.936 mulheres foram mortas, o maior número registrado desde 2007 - 66% delas eram negras.

Dados como esses mostram que a violência atinge principalmente grupos específicos, jovens, negros e mulheres (feminicídio), o que representa um país que pouco se desenvolveu socialmente, sem investimentos em políticas públicas eficientes. E enquanto, uma expressão da questão social a violência obstétrica tem elementos estruturais.

Desse modo, a questão social é vista ao longo da história, em diferentes estágios capitalistas a partir da contradição fundamental: exploração do trabalho e apropriação da riqueza produzida, de modo que as respostas do Estado vão se estruturando mediante processo de luta de classe.

Dessa forma, o debate da “questão social” remete ao processo de produção do capital, sendo constitutiva do desenvolvimento capitalista de forma que, não se suprime a primeira conservando-se o segundo. Seu núcleo encontra-se essencialmente fundado pela lei geral da acumulação capitalista sendo determinada, pelas relações contraditórias e antagônicas entre capitalistas e trabalhadores que torna cada vez mais socializado o processo de produção de riquezas, ao mesmo tempo em que privatiza o seu resultado final.

Assim, Iamamoto (2014, p. 158-160) conceitua a questão social como:

[...]expressão das desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. É em meio a essas contradições que trabalha os assistentes sociais, com as múltiplas dimensões da questão social tal como se expressam na vida dos indivíduos sociais, a partir das políticas sociais e das formas de organização da sociedade civil na luta por direitos.

Nesse contexto, segundo Iamamoto (2013), “a desigualdade é indissociável do processo de ‘modernização produtiva’”, ou seja, as tentativas de recuperação das taxas de lucro por parte dos organismos internacionais são nada mais do que parte de um projeto de classes que visa consolidar o capital, alargando a distância entre ricos e pobres e acentuando as desigualdades sociais.

A questão social é indissociável da sociabilidade da sociedade de classes e seus antagonismos constituintes, envolvendo uma arena de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas, com o selo das particularidades nacionais, presidida pelo desenvolvimento desigual e combinado, onde convivem coexistindo temporalidades históricas diversas. (IAMAMOTO, 2013, p. 5).

Dentro da chamada “questão social” estão inseridas inúmeras formas de desigualdade, frutos da dimensão estrutural que privatiza os “ganhos sociais” e insere os sujeitos numa disputa desigual e invisível pela garantia dos seus direitos civis e sociais. Seja no âmbito das relações de gênero, étnico-racial ou quaisquer outras áreas, é um processo que exige consciência de seu papel e junção de forças.

É no estágio monopolista atual que o Estado é refuncionalizado e redimensionado, para atender as exigências do capital, assim, passa a ter um papel estratégico mediante funções econômicas diretas e indiretas para garantir a maximização dos lucros e na organização da economia dos monopólios serve para administrar suas crises cíclicas. Mais exatamente, no capitalismo monopolista conforme, pondera Netto (2001, p.25) “as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com suas funções econômicas”.

Ressalta-se que na busca de legitimação política necessária, ao desenvolvimento de seu papel como “comitê executivo” da burguesia, o Estado incorpora demandas das classes subalternas, mediante a institucionalização de direitos e garantias, os quais lhe permite organizar um consenso que assegure o desempenho de suas atividades. No estágio atual a intervenção sobre as sequelas da “questão social” se acontece por meio do controle das lutas de massas de forma mais coercitiva.

Nesse contexto, as políticas governamentais favorecem o capital financeiro e produtivo, dando liberdade para os mercados e empresas multinacionais atuarem no país, sem qualquer regulamentação ou controle, transferindo as consequências de suas escolhas para as classes subalternas “pagarem a dívida”.

Assim, a questão social torna-se inseparável dos processos de desigualdade e acirramento do regime de exploração, resultando na indiferença das necessidades dos trabalhadores e na conseqüente banalização da vida humana. Seja pelo desemprego, pela ampliação das jornadas de trabalho, precarização do mesmo, entre outros aspectos, torna-se alheio qual o destino desses trabalhadores ou como as múltiplas manifestações da questão social recaem sobre eles.

Nesse panorama de cerceamentos e quebra de direitos está à violência obstétrica, definida como um conjunto de práticas e situações danosas que são originadas no cuidado obstétrico profissional e que ferem a dignidade mãe-filho.

Embora dentro da perspectiva crítica pesquisas sobre essa temática sejam recentes, mas ao analisar as orientações do banco mundial para saúde, especificamente, sobre a estruturação dos serviços voltados para humanização no cuidado para com as mulheres, a

proposta é cortar recursos para iniciativas de prevenção e humanização da saúde fortalecendo a lógica privatista de violação dos direitos sociais. Isso está presente no documento intitulado: Um Ajuste Justo - Análise da Eficiência e Equidade do Gasto Público no Brasil, onde a recomendação é corte na política de saúde favorecendo a cultura da violência obstétrica na medida em que o discurso e proposta do ministro da saúde Luiz Mandetta por meio do documento oficial sobre saúde e parto dizem: “O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada.”<sup>4</sup>

Em contrapartida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o termo como uma forma de compreender a violação do direito à mulher e o define como a apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva ou doenças advindas dessa violação, reduzindo a autonomia da mulher e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, o que tem consequências negativas em sua qualidade de vida.

É nessa perspectiva que os estudos realizados por profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres passam a conduzir suas pesquisas, a fim de intensificar o debate sobre a assistência ao parto no país, junto do seu pré e pós, “em prol da humanização do parto e nascimento”.

No Brasil, a pesquisa pioneira Espelho de Vênus, do Grupo Ceres (1981), na década de 1980, trouxe uma série de relatos de experiências femininas que descrevem exatamente o nascimento como um experimento, em muitos momentos, violento:

Não é apenas na sexualidade que a violência aparece marcando a trajetória existencial das mulheres. Também na relação médico-paciente, mais uma vez a ignorância de sua fisiologia é fundamental para explicar os sentimentos de desamparo e desesperança quando uma mulher vê seu corpo sendo manipulado ao recorrer à medicina nos momentos mais significativos de sua vida: contracepção, nascimento e aborto. (p. 349)

A violência institucional presente na atenção ao parto no Brasil é a representação do grave problema de saúde pública o qual o país passa hoje e vem sendo alvo frequente de pesquisas acadêmicas e ações públicas. Segundo uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramos, em 2010, 25% das mulheres brasileiras que tiveram partos normais (nas redes pública e privada) relataram terem sofrido maus-tratos e desrespeitos durante o trabalho

---

<sup>4</sup>Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>. Acessado em: 24 de agosto de 2019.

de parto, parto e/ou pós-parto imediato, o que demonstra a grande negligência com os direitos reprodutivos e das mulheres.

Esse problema na saúde pública brasileira é consequência da série de desmontes nas políticas públicas por parte da ofensiva neoliberal. Essas atuais reformas acentuam as desigualdades sociais e tiram do Estado a responsabilidade majoritária, privatizando grande parte das estatais e descentralizando a execução dos serviços sociais básicos, como educação e saúde.

A violência dos direitos gravídico-puerperais é apenas mais uma entre as inúmeras violações que vem ocorrendo no país nas últimas décadas, que passam pelas restrições financeiras, a escassez e recursos mal distribuídos, mas principalmente, a banalização e indiferença aos direitos da pessoa, visando apenas o custo-benefício, chegando a causar inúmeras mortes.

Um levantamento do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), em colaboração com pesquisadores da Universidade de Stanford e do Imperial College de Londres, apontou que até 2030 as mortes precoces no Brasil devem aumentar cerca de 8,6% (um aumento de quase 50 mil óbitos considerados evitáveis).

Ainda segundo esses pesquisadores, o alto crescimento do índice de mortalidade está associado ao desinvestimento do governo na Atenção Primária à Saúde, necessária para a promoção da saúde e prevenção de doenças, ou seja, diretamente ligada ao sucateamento das políticas sociais, em específico ao desmonte do SUS.

A extinção do Programa “Mais Médicos”, uma das principais plataformas da Atenção Básica para chegar até as populações mais vulneráveis, deixou o cenário ainda mais catastrófico, visto que, restringe o acesso das comunidades mais pobres a serviços paliativos e abre espaço para os convênios médicos, bloqueando qualquer tentativa de fortalecimento do SUS. Visando aprofundar a relação entre o capital, o Estado e o desmonte da política de saúde, especificamente de iniciativas voltadas para humanização de saúde da mulher que o próximo item versará sobre o Banco Mundial e seus desdobramentos no processo de mercantilização da saúde no Brasil por meio de um modelo privatista cuja consequências são as violações de direitos, consequentemente, o aumento das violências obstétricas.

### **3.2 BANCO MUNDIAL E SUA INFLUÊNCIA NO PROCESSO DE MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: AVANÇO DO MODELO PRIVATISTA.**

Antes de tudo, vale salientar que o Banco Mundial é muito mais do que um banco que auxilia na economia dos países, seus documentos orientam os Estados na condução das políticas sociais. É, portanto, uma organização internacional que surgiu da Conferência de Bretton Woods (1944) para atender às necessidades de financiamento da reconstrução dos países devastados pela Segunda Guerra Mundial.

Hoje, o objetivo do Banco Mundial, tecnicamente, é impulsionar o ajuste fiscal cujas consequências geram o aumento da pobreza e a desigualdade entre os países, visto que é o maior financiador do desenvolvimento assistencial (cerca de 60 bilhões de dólares por ano), entre empréstimos e doações. Pode-se dizer que os principais focos do seu financiamento são a geração de energia, transporte, saneamento e as questões que envolvem o desenvolvimento da sociedade ao passo em que endivida os países de econômica periférica. No Brasil, o Banco Mundial começou seus investimentos em 1993, através de financiamentos, doações e outras formas de apoio, principalmente nas áreas da saúde, educação e infraestrutura.

De acordo com o economista sênior do Banco Mundial, Edson Araújo, uma das principais propostas do Banco Mundial no Brasil é a defesa de uma maior participação do setor privado na saúde, propondo uma reforma do Sistema Único de Saúde. Também, propôs a expansão da atenção primária para 100% da população e a redução dos serviços de média e alta complexidade, o que implicaria em fechar hospitais pequenos em municípios, isso está presente no documento Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Considera-se que tais medidas foram adotadas no Rio Grande do Norte tanto no governo Rosalba Ciarlini (2010/2014) quanto no governo Robson Farias (2014/2018), ambos fecharam vários hospitais regionais, entre eles o Hospital Regional de Canguaretama, um dos maiores do Estado.

Essas e outras propostas fazem parte de um sistema que visa, cada vez mais, a depreciação da coisa pública em prol do privado, tirando a responsabilidade do Estado e colocando sob o indivíduo. Esse, por sua vez, será diferenciado em sociedade a partir do que possui, onde aqueles que podem pagar terão acesso a serviços de qualidade e os que não podem ficam submetidos à precarização que lhes “resta”.

Ainda, segundo relatório apresentado por Edson Araújo, a atual proposta do SUS é insustentável, visto que “há um desperdício de 22 bilhões de reais por ano, e esse valor

poderia ser mais bem investido”. Até aí, aparentemente o foco do banco é a eficiência, porém, sua maior defesa é maior presença do setor privado na gestão pública.

Segundo Laurel (2014), a saúde tem se convertido em estratégia de acumulação capitalista, por meio da oferta de seguros privados de saúde, da gestão privada de fundos públicos e da incorporação plena da ciência ao capital no complexo médico-hospitalar-farmacêuticos. Os ideais neoliberais são mencionam o direito universal à saúde como prioridade, pois a consideram como uma mercadoria que deve ser gestada pelo mercado, sendo o Estado apenas um regulador e mantenedor do “mínimo essencial”.

O setor público deve ser responsável pelas tarefas de regulamentação, promoção e educação em saúde, além do financiamento; já a prestação de serviços deve ser feita por toda e qualquer entidade capaz de realizá-los mais eficientemente, uma vez que o setor privado é mais criativo, mais eficiente e oferece serviços de melhor qualidade, além de ser comprovadamente superior aos serviços públicos disponíveis. (Banco Mundial, 1991, p. 119)

Sendo assim, a relação do Brasil com o Banco Mundial, em grande parte, está no âmbito político, econômico e ideológico, uma vez que esse faz críticas veementes ao direito universal e acesso integral à saúde, “uma vez que os serviços de saúde não precisam ser gratuitos nem serem prestados por um sistema público para serem acessíveis”.

Em 2015, a até então presidenta Dilma Rousseff, assinou a Lei 13.097, que permite a atuação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil, de modo que as empresas estrangeiras ficam liberadas para controlar qualquer tipo de serviço de assistência, inclusive hospitais filantrópicos, até mesmo as Santas Casas. Um ataque sem tamanho ao SUS, mas, principalmente, uma maneira de transformar a saúde pública em um tabuleiro de jogos de qualquer um.

A Emenda Constitucional 95/2016, que instituiu o teto (limite máximo) de gastos nas áreas da saúde e da educação para o período de 2018 a 2036, também é um claro exemplo do projeto de desmonte do SUS que ocorre desde sua promulgação, quando os defensores do projeto neoliberal não o queriam em execução. É um período de “desfinanciamento”, diminuição dos recursos públicos aplicados no Sistema Único de Saúde no Brasil.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2013 os planos de saúde tiveram um lucro de 111 bilhões, cerca de 200% desde 2003. Em contrapartida, a Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon), avaliou que os planos de saúde lideram as reclamações de consumidores no serviço, oferecendo serviços péssimos e cláusulas abusivas

nos contratos, o que aponta que a deterioração da saúde pública brasileira nos últimos anos passa por um processo ideológico e de convencimento da população contra os serviços públicos.

Além disso, segundo as taxas de mortalidade infantil estão entre a população com renda baixa e ocupando o quinto lugar no ranking mundial, o que torna o Brasil um dos países com maiores riscos para mães e crianças, envolvendo a violência obstétrica antes do parto.

Ratificando a afirmação de que o Banco Mundial está a serviço do capital, principalmente o norte-americano (já que é um Banco dos Estados Unidos), mascarando a violência obstétrica como uma expressão da questão social, no relatório sobre a saúde pública aponta-se a ineficiência do Estado como uma forma de expandir o mercado privado, logo, propõe um ajuste fiscal do Estado no tocante ao financiamento da saúde. Buscando comprovar a ineficiência do Estado e avançar com o projeto de privatização o Banco trás dados sobre o analfabetismo no Brasil, bem como ineficiência com os gastos da saúde, pois de acordo com o relatório do Banco “é de se presumir que exista uma conexão entre mães mais saudáveis e filhos mais saudáveis [...] e que tendam a permanecer na escola, evitando assim o trabalho penoso nas fábricas e na lavoura [...] e que, em consequência, serão menos pobres no decorrer do curso de suas vidas” (Documento do Banco Mundial, 2000).

No Brasil, a violência obstétrica apresenta dados preocupantes e que representam um panorama de tratamentos desumanizados, abusos de medicalização e patologização dos processos naturais. Segundo dados de pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), 27% das mulheres atendidas na rede pública afirmam ter sofrido violência, já no setor privado, a taxa é de 17%, resultado de uma cultura institucional que visa a conveniência do profissional em detrimento do bem estar da mulher, da família e do bebê.

Desta feita, os ajustes neoliberais preconizados estabeleceram o aumento da liberdade de movimento para o capital financeiro, para a desregulamentação da economia e para os direitos trabalhistas. O Estado passa a ser reformado para que possa criar bases para a nova fase de acumulação do capital (SANTOS, 2007), suas funções partem dos interesses de ampliação da acumulação com base na lógica gerencial, de atividades exclusivas do Estado; de serviços sociais e científicos não exclusivos do Estado; e de produção de bens e serviços para o mercado (CUNHA, 2018).

Sobre a lógica gerencial que tem como fundamento a racionalidade instrumental, sua relação é com o mundo capitalista como ferramenta da agenda neoliberal na definição das



reformas, influenciando a sociedade tanto na cultura quanto na política, promovendo a descrição do mundo a partir das categorias da gestão privada (CUNHA, 2018).

Nesse sentido, a forma do Estado no capitalismo monopolista, é que sua atuação seja feita nas políticas de desregulamentação e flexibilização das relações de trabalho; nas medidas de controle da atividade política; na regulação de normas de consumo coletivo e nas políticas de composição das rendas do trabalho, isto é, sua participação é na construção de mecanismos para reprodução do capital, através da redução da força de trabalho e destruição da proteção social (CUNHA, 21018).

Sendo assim, as políticas de seguridade social articulam-se às necessidades da grande indústria e as que utilizam o capital intensivo. Isso pode ser identificado de acordo com Motta (2015, p.145) em três níveis: “na organização do mercado de trabalho, na reprodução ampliada da força de trabalho e na construção de pactos entre os sindicatos dos trabalhadores e o capital, transformando a seguridade em um instrumento de regulação social”. Decorrentes desse movimento, Netto (2012) mostra três traços das exigências do capital neoliberal:

- 1) a flexibilização da produção e das relações de trabalho;
- 2) a desregulamentação das relações comerciais e dos circuitos financeiros;
- 3) a privatização dos patrimônios publico.

Dessa maneira, o Estado intervém no processo de acumulação dando prioridade à criação de ampliação das condições gerais da produção, definida de acordo com os níveis de organização e de reivindicação da força de trabalho, sendo assim, de acordo com a ação do Estado se inscreve em torno de dois eixos: de um lado, o controle das relações entre capital e trabalho; de outro, as sanções ao custo de rentabilidade dos fatores que estavam tradicionalmente envolvidos na produção destinada ao mercado externo.

Assim sendo, os novos processos produtivos têm implicado uma metamorfose na economia de trabalho vivo, elevando brutalmente a composição orgânica do capital; resultando diretamente na sociedade capitalista: no crescimento exponencial da força de trabalho excedentária em face dos interesses do capital — com os economistas burgueses (CUNHA, 2018). Evidencia-se, com isso, a desregulamentação e redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desmonte notadamente da Seguridade Social, a precarização do trabalho marcado pelo aumento da informalidade por consequência do desemprego estrutural, o sucateamento da saúde e da educação.

Dessa forma, o capital têm encontrado respostas paliativas de enfrentamento ao acirramento das expressões da “questão social” em duas direções:

- 1) retomada do trato higienista e policialesco sobre as camadas mais pauperizadas;

2) na configuração de políticas sociais assistencialista de cunho minimalista e paliativo.

Por consequência, o colapso do desemprego, da fragilidade do trabalho e da “marginalização” do trabalho não salarial, implica em um momento de intensificação da barbarização (CUNHA, 2018).

Portanto, sinteticamente, as ações do Estado por meio da adoção do neoliberalismo têm consequências devastadoras para o trato das políticas sociais, por obscurece a dimensão social das políticas sociais, estimulando discursos que supervalorizam a dimensão subjetiva - tida meramente como responsabilidade individual e relegam a dimensão social a uma condição de subalternidade, a uma mediação quase obsoleta.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem dúvida, estudar o processo de mercantilização da saúde e sua influência na chamada violência obstétrica enquanto expressão da questão social possibilitou compreender a história da assistência à saúde aos longos dos anos, em especial no Brasil, e alguns de seus pormenores, questões econômicas, políticas e ideológicas do interior destas instituições que influenciam diretamente nesse campo. Também, a importância de identificar o papel das instituições internacionais e as interferências que essas possuem no Brasil, seja nas políticas sociais ou em relações superiores. Na verdade, são relações de interesses, que envolvem os diversos setores, públicos e privados, e recaem significativamente na subjetividade dos indivíduos.

Comumente nos deparamos com situações que nos levam a refletir sobre o papel da mulher na sociedade e as relações estruturais que perpassam esse papel. Sabemos, porém, que a análise de temas como esse muitas vezes só se darão em longo prazo, sem perder de vista os desafios que diariamente nos são impostos, como mulheres em uma sociedade extremamente desigual. Os desafios a que nos referimos devem nos levar a uma consciência reflexiva sobre as necessidades de resistência às diferentes formas de neoliberalismo e aos retrocessos aos quais somos colocados no sistema capitalista, sabendo que o campo ideológico precisa ser nosso primeiro campo de transformação.

Nesse sentido, a luta política deve estar sempre vinculada à perspectiva de mudança das condições materiais, para que não se perca nas próprias crenças. A defesa dos princípios do SUS deve ser a principal bandeira daqueles que desejam construir uma sociedade que rompa com os padrões neocoloniais, ainda que sabendo da impossibilidade de humanizar o capitalismo. Na atual situação em que vive o Brasil, é preciso compreender a realidade social para além das relações políticas, mas entender a dinâmica à qual o capitalismo mundial nos insere, a lógica da questão social e como isso incide em relações de exploração, mesmo aquelas que não são anunciadas, mas que estão ao nosso lado.

Atualmente, o governo tem adotado medidas com o argumento de reduzir as despesas da máquina pública, quando na verdade o que acontece é um sucateamento do serviço público, em especial do SUS, levando ao desmonte da política de saúde e avanço do setor privado.

Desse modo, os planos de saúde continuam avançando e lucrando ao mesmo tempo em que violam os direitos das mulheres, não cumprindo com os princípios do SUS, violando o direito ao acompanhamento previsto na Lei 11.108 de 2005 e infringindo tudo o que está preconizado na Lei 8.080, “que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de

saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”.

A relação Brasil-Banco Mundial, de ponto de vista financeiro, não é justificável, visto que não há necessidade do país recorrer a empréstimos desse Banco, pois os recursos que ele oferece são insignificantes se comparado com os gastos nacionais do setor. O que acontece ao serem contraidos empréstimos é, na verdade, uma subscrição e subordinação aos interesses americanos e a legitimação da entrada do capital estrangeiro no país e sua consequente interferência nas políticas nacionais.

Ainda, a referida pesquisa demonstrou que os embates e tensões irão sempre existir no interior da sociedade, em um processo de acirramento dos projetos em disputa e inúmeras trajetórias, mas que sempre irão provocar mudanças na trajetória da história. O SUS, em meio a uma série de interesses, não está a salvo e precisa do apoio e engajamento dos movimentos político-sociais.

Através desse estudo, pode-se entender o quanto o contexto geral da política e da economia, nacional e internacional, são os verdadeiros influenciadores no que concerne a distribuição dos recursos e nas suas consequências, principalmente a desigualdade social que acarreta na vida da população pobre. A lógica neoliberal é uma verdadeira propagadora de concentração de riquezas e poder, provocando desequilíbrio e disparidade entre as classes, afetando e atacando, além de tudo, aqueles os quais possuímos dividas históricas – as mulheres e os negros.

Como consequência dessas políticas e da economia instável, as mulheres (em específico as puérperas) são diretamente afetadas, visto que historicamente são consideradas inferiores e incapazes de tomar decisões por si próprias. Ainda contam com um sistema de saúde medicocêntrico, onde a soberania do médico é colocada como centro, distanciando-se da equipe de saúde e da paciente.

Segundo Geoffrey Rose (2000) advoga que as populações com fatores de risco elevados não necessariamente se tornarão doentes, pois o adoecimento depende da continuidade da exposição ao risco. Porém, nesse sistema de crescimento dos serviços de saúde privados, tem um modelo onde o indivíduo adocece, recebe tratamento, tem a alta e depois desaparece do sistema, criando riscos para a população ao não se priorizar os cuidados preventivos e individuais (mesmo esses partindo do colete e voltando para ele).

Atualmente, principalmente pelos cortes no orçamento público, o sistema de saúde no Brasil não consegue prestar seus serviços primordiais de forma adequada. As desigualdades na distribuição e alocação desses vão variar de acordo com as regiões do país, em especial

nos municípios menores e que não tem condições suficientes de acompanhar os demais. Para isso, é preciso que os profissionais da saúde sejam mais bem capacitados, e o governo deve proporcionar condições para que realizem melhor seus serviços e coloquem em prática suas competências, oferecendo condições objetivas para inibir, evitar, coibir e punir todas as formas de violências, principalmente a violência obstétrica, o que exige organização, mobilização e participação dos movimentos feministas e de mulheres, bem como a luta contra a privatização da saúde.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANCO MUNDIAL. Estudos do Banco Mundial sobre países, Washington, EUA, 1991. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-12319>>. Acesso em: 13 nov. 2019.

Banco Mundial: tudo o que você precisa saber sobre ele. Disponível em: <<https://andrebona.com.br/banco-mundial-tudo-o-que-voce-precisa-saber-sobre-ele/>> Acesso em: 11 nov. 2019.

BRASIL, Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 09 out. 2019.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. Disponível em: <<file:///C:/Users/Anny%20Heloisa/Downloads/texto1-5.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2019.

Características do desmonte neoliberal na seguridade social brasileira. Disponível em: <<https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/c7/c79ed2bc-8a4b-4079-b9e8-0ece5f5baaf3.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2019.

Cronologia Histórica da Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em: 18 set. 2019.

CUNHA, A. Tendências Teórico-metodológicas na formação profissional em Serviço Social no Ensino à distância na Paraíba. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. CCHLA, João Pessoa, 2018.

DINIZ, Simone Grilo et all. Abuso e desrespeito na assistência ao parto como questão de saúde pública no Brasil: origens, definições, impactos na saúde materna e propostas para sua prevenção. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000300019](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019)>. Acesso em: 05 nov. 2019.

Divulgado o Atlas da Violência 2019. Disponível em: <<http://www.crianca.mppr.mp.br/2019/06/135/PUBLICACAO-Divulgado-o-Atlas-da-Violencia-2019.html>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

DULCE, Emilly. Desmonte do SUS deve causar 50 mil mortes precoces no Brasil até 2030. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2019/04/29/desmonte-do-sus-deve-causar-50-mil-mortes-precoces-no-brasil-ate-2030-aponta-estudo/>> Acesso em: 05 nov. 2019.

ENGELS, Friedrich. O Papel Da Violência na História. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/1888/03/papel.htm>>. Acesso em: 05 nov 2019.

Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>>. Acesso em: 29 out. 2019.

GUIMARÃES SANTOS, Mayara. **A violência obstétrica sob o olhar de profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2017.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MACIEL, Sergiane Maia. Reforma (Contrarreforma) do Estado: reflexos na política de saúde. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo1/reformacontrarreformadoestadorreflexosnapoliticadesaude.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2019.

NETTO, J.P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 3ªEd. São Paulo: Cortez, 2001.

O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. IAMAMOTO, Marilda. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/FaPa1Oy8kQ65voJ4T345.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contrarreforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. Disponível em: <<https://www.novaconcursos.com.br/blog/pdf/contrarreforma.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2019.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social” em debate**. São Paulo, Cortez Editora, 2004.

PEREIRA, Jordeana Davi; SILVA, Sheyla Suely de Souza; PATRIOTA, Lucia Maria. Políticas Sociais no Contexto Neoliberal: focalização e desmonte dos direitos. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/64/56>>. Acesso em: 20 set. 2019.

Reforma do Estado e direitos sociais no Brasil. Disponível em: <[https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/16278/16278\\_3.PDF](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/16278/16278_3.PDF)>. Acesso em: 19 out. 2019.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2016.v25n2/263-276/>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

Rizzotto, Maria Lucia Frizon. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, SP; 2000.

SANTOS, J.S. **“Questão social”: particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012.



SOUZA, Raquel Aparecida. Estado de Bem-Estar Social e Estado Neoliberal – rupturas ou continuidades?. Disponível em: <<https://www.partes.com.br/2018/10/30/estado-de-bem-estar-social-e-estado-neoliberal-rupturas-ou-continuidades/>>. Acesso em 18 out. 2019.

VIDIGAL, Ana Carolina; SUGUIHIRO, Vera Lucia Tieko. O processo de terceirização das políticas públicas. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/orcamentopublico/pages/arquivos/O%20processo%20de%20terceirizacao%20das%20politicass%20publicas.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2019.

Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Disponível em: <<file:///C:/Users/Anny%20Heloisa/Downloads/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

Violência Obstétrica: “Parirás com dor”. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.

Violência obstétrica é uma realidade cruel dos serviços de saúde, apontam debatedores. Disponível em: <<https://tecnoblog.net/247956/referencia-site-abnt-artigos/>>. Acesso em: 24 nov 2019