



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Juliana Corcos

**O capital humano: considerações sobre o trabalho clínico em serviços de
saúde suplementar à luz da psicanálise**

Rio de Janeiro

2023

Juliana Corcos

**O capital humano: considerações sobre a inserção em serviços de saúde suplementar à
luz da psicanálise**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicologia Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ingrid de Mello Vorsatz

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

C793

Corcos, Juliana

O capital humano: considerações sobre o trabalho clínico em serviços de saúde
suplementar à luz da psicanálise / Juliana Corcos. – 2023.
107 f.

Orientadora: Ingrid de Mello Vorsatz

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1.Psicanálise - Teses. 2. Saúde suplementar - Teses. 3. Prática clínica –
Teses. I. Vorsatz, Ingrid de Mello. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia. IV. Título.

ml

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Juliana Corcos

**O capital humano: considerações sobre o trabalho clínico em serviços de saúde
suplementar à luz da psicanálise**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicologia Social.

Aprovada em 16 de junho de 2023

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Ingrid de Mello Vorsatz (Orientadora)
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dr.^a Marcos Eichler de Almeida Silva
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof. Dr. Fabio Malcher Martins de Oliveira
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

À Ingrid Vorsatz, por me encorajar a trabalhar as angústias e questões com as quais me deparava no meu percurso profissional, pelo acolhimento, por todas as valiosas trocas e por orientar esse trabalho.

Aos professores Edson Arpini Miguel e Marcos Eichler, pela disponibilidade em compor a banca examinadora e suas contribuições ao trabalho.

Ao professor Fabio Malcher, pela disponibilidade em compor a banca examinadora e por sua transmissão, durante o meu percurso no mestrado, muito rica ao trabalho.

Aos meus queridos companheiros de jornada, em especial Arthur, Jade e Nataly pelo suporte, pelas trocas, por terem sido fundamentais ao longo desses dois anos tornando a travessia desse percurso possível.

À minha família, que mesmo longe fisicamente continua ao meu lado, transmitindo amor, o que torna possível a conclusão de mais uma etapa.

À melhor equipe com quem tenho a sorte de dividir as angústias e sucessos, sempre com muitas comemorações, nesta construção diária que é trabalhar em uma equipe multiprofissional no âmbito da saúde suplementar. Anna, Anderson, Christiane, Denise, Josiene e Shirlei, muito obrigada por todas as trocas, adaptações de agenda e horários, tornando possível a conclusão dessa jornada.

Aos meus amigos por serem essenciais em todos esses anos, pela parceria, e por caminharmos juntos.

À Julia e Manoela, pelas revisões e comentários sobre o texto.

À Clarice, por dividir comigo a vida, as angústias, as conquistas e tudo o que a rotina nos impõe. Sem o seu suporte, nada disso seria possível.

A democracia está perdendo seus adeptos. No nosso país tudo está enfraquecendo. O dinheiro é fraco. A democracia é fraca e os políticos fraquíssimos. E tudo que está fraco, morre um dia. *Carolina Maria de Jesus*

RESUMO

CORCOS, J. *O capital humano: considerações sobre o trabalho clínico em serviços de saúde suplementar à luz da psicanálise*. 2023. 107 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O presente trabalho tem como objetivo discutir, problematizar e verificar quais são os impasses e as dificuldades para a prática clínica de orientação psicanalítica em uma operadora de plano de saúde privada que se orienta pelo lucro e pela produtividade. Como objetivos específicos, destacamos a discussão dos modelos político-econômicos, as políticas de saúde pública e privada; a transformação da saúde em objeto de consumo e sua consolidação enquanto mercadoria; os efeitos observados na assistência psicológica em serviços de saúde suplementar, assim como as implicações do laço social contemporâneo. Investigamos o que uma empresa comercializa quando o objeto é saúde, isto é, um direito de todos os cidadãos instituído na legislação brasileira, bem como a apropriação das diretrizes do Sistema Único de Saúde com vistas ao lucro. A metodologia utilizada é o levantamento e a revisão crítica bibliográfica da legislação pertinente ao sistema de saúde brasileiro público e privado, as produções textuais de autores e/ou trabalhadores que problematizam a teoria e prática na área da saúde e psicanalistas e filósofos que têm como objeto de estudo o capitalismo e o neoliberalismo. Como referencial teórico utilizamos a psicanálise (Sigmund Freud, Jacques Lacan e outros autores/comentadores), para refletirmos sobre a clínica. Reconhecemos uma acentuada relação entre os sistemas político-econômicos e a construção da promoção à saúde. A partir das contribuições da psicanálise sustentamos a hipótese de que a saúde, atualmente, também é agenciada como uma mercadoria e os planos de saúde se oferecem enquanto os supostos meios necessários e exclusivos para obtê-la. No âmbito da saúde suplementar, onde o imperativo é o lucro e a produtividade, porém com um *slogan* de "cuidado integral" apropriado do SUS, constatamos que o tratamento psicológico longitudinal é impossibilitado pelas condições de trabalho proporcionadas aos seus trabalhadores, uma vez que devido às novas formas de contratação, estes também passam a ser descartáveis, sendo constantemente repostos. A imposição do capital é evidente, porém a psicanálise é um recurso para sustentar, refletir e aprofundar o trabalho clínico, pois opera em outra lógica, a do sujeito do inconsciente. Apostamos na promoção de mudanças no cotidiano do serviço a partir de questionamentos diante das imposições e reproduções da rotina, assim como, na vida dos sujeitos que buscam amenizar suas angústias, garantindo a singularidade e a especificidade de cada caso.

Palavras-chave: Psicanálise. Saúde suplementar. Atuação clínica. Capitalismo. Neoliberalismo.

ABSTRACT

CORCOS, J. *Human capital: on clinical work in supplementary healthcare services informed by psychoanalysis*. 2023. 107 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The current work aims to discuss, problematize and verify the challenges and difficulties concerning the clinical act guided by psychoanalysis in a health insurance company that is oriented by profit and productivity. As for the specific goals, this research looks into the political-economical models (capitalism and neoliberalism), the health policies (both public and private), the notion of health as a product and its establishment as a trade, the effects on psychological assistance provided in supplementary healthcare as well as the implications of contemporary social bonds in this matter. The work seeks to investigate what is actually offered when the main product is healthcare, a right to all citizens according to Brazilian legislation, and its appropriation of the public system (SUS) in order to favored profit. The methodology is based on bibliographical review of the legislation concerning the Brazilian healthcare system, both public and private, papers that problematize theories and practices in healthcare, psychoanalysts and philosophers that focus their work on capitalism and neoliberalism. The main theoretical reference is psychoanalysis (Sigmund Freud, Jacques Lacan and others authors/commenters), as a way to reflect on the clinical act in this scenario. Once it is established the relationship between the political-economical systems and healthcare promotion in society it is possible to sustain the hypotheses that health is treated nowadays as a product and health insurance, the way to trade it. In supplementary health the imperative is profit and productivity, under the slogan of “integrative care” – taken over from the public system SUS. Thereby, a long term psychological treatment becomes impossible also by the work conditions presented to the workers that are considered replaceable in many fronts. Thus the capitalism imposition is evident, psychoanalysis is a way to sustain, reflect and deepened the psychological act, as it operates under the logic of the unconscious subject. We believe that promoting changes in managing healthcare on a daily basis by questioning the current functioning of it can change the reality of the system as well as the care offered, in a way to guarantee a personalized and singularized care.

Keywords: Psychoanalysis. Supplementary Healthcare. Clinical Act.
Capitalism. Neoliberalism.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	18
1.1 Histórico da saúde no Brasil.....	19
1.2 Da saúde complementar à suplementar.....	35
1.3 O modelo estadunidense: o imperativo do lucro.....	48
1.4 O modelo inglês: um sistema público nacional.....	52
1.5 O modelo canadense: medicina socializada.....	54
2 NEOLIBERALISMO E PSICANÁLISE.....	58
2.1 Sistemas político-econômicos: capitalismo e neoliberalismo.....	58
2.2 Articulações entre psicanálise, capitalismo e neoliberalismo.....	67
2.3 Lacan e a teoria dos discursos.....	72
3 ATUAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	78
3.1 Atenção primária na saúde suplementar.....	78
3.2 A escuta clínica orientada pela psicanálise na saúde suplementar.....	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS.....	99

INTRODUÇÃO

Esse trabalho surge a partir da minha experiência clínica. Ingressei no curso de especialização em Psicologia Clínica Institucional na modalidade Residência Hospitalar do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no ano de 2015. Os campos de prática foram alguns serviços e setores especializados do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), principalmente o CAPS-UERJ e a enfermaria de Psiquiatria. Ao concluir a Residência, em 2017, atuei profissionalmente em cinco diferentes dispositivos da rede de saúde mental (Serviços Residenciais Terapêuticos) no município do Rio de Janeiro, localizados na área programática (AP) 4.0, nos quais acompanhava pacientes portadores de transtorno mental grave, egressos de longas internações psiquiátricas. Assim, a articulação com a rede de serviços em saúde, além das relações com a comunidade, eram fundamentais para o tratamento desses pacientes residentes.

Há duas décadas, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dividiu o Rio de Janeiro em 10 APs para gerenciar de uma melhor forma os serviços de saúde. Com isso, cada uma destas apresenta suas singularidades de acordo com a história e a ocupação da cidade, assim como as características em relação às questões econômicas, saúde, educação, dentre outros determinantes (PMS-RJ, 2013).

No ano seguinte, pela primeira vez em meu percurso, iniciei trabalho em uma empresa multinacional que presta serviços de saúde, popularmente conhecida como "plano de saúde". Cabe destacar que à época, esta estava em processo de aquisição total por um grupo do setor de saúde estadunidense. A presente dissertação surge a partir de questões suscitadas em minha prática no âmbito da saúde suplementar.

A proposta de trabalho na empresa tem como modelo a atenção primária com equipes multiprofissionais compostas por médicos de família, enfermeiros de família, agentes de saúde, fisioterapeutas, nutricionistas e psicóloga. De acordo com o Ministério da Saúde¹, esse modelo trata do primeiro nível da atenção em saúde e caracteriza-se por uma soma de ações, tanto na esfera coletiva quanto na individual, funcionando como porta de entrada da rede pública de dispositivos de saúde. Abrange a promoção, a proteção e a manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, visando promover a atenção integral com impactos positivos na saúde populacional. De

¹ Informação disponível no site: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>

imediatamente, na entrevista de seleção para o cargo de psicóloga foi levantada a importância do controle temporal dos atendimentos: estes deveriam ser de, no máximo, 30 minutos de duração, incluindo a evolução em prontuário eletrônico. A produtividade já se apresentava como um aspecto fundamental do trabalho clínico a ser realizado na empresa. A indicação era a de atendimentos breves e com duração pré-estabelecida de, em média, dez sessões por paciente. Isso levou a outra questão, trazida e problematizada pela coordenadora – psicóloga - da equipe: a linha teórica pela qual me oriento e realizo meus estudos, a psicanálise, como um possível complicador para garantir a produtividade necessária.

Logo no primeiro dia de trabalho, foi realizado um treinamento para que conhecêssemos as diretrizes da empresa. Durante toda uma tarde, foram realizadas apresentações que afirmávamos seus cinco valores essenciais, repetidamente: 1) integridade, definida como jamais comprometer a ética e honrar os compromissos; 2) compaixão, como o ato de se colocar no lugar das pessoas a quem se presta serviços e com as quais se trabalha; 3) relacionamentos, baseados na confiança por meio da colaboração, com o objetivo de agir e encontrar soluções; 4) inovação, como aprendizado a ser utilizado na construção de um melhor futuro; e 5) performance, que consiste em demonstrar excelência em todos os serviços prestados. Desse modo, o desempenho dos funcionários de forma empática e ética, buscando com seus pares o aperfeiçoamento e melhores resultados são considerados valores essenciais pela referida empresa. Logo em seguida, ao ser exposta a forma de trabalho, ressaltaram o referencial que utilizavam, e, para minha surpresa, não era o Sistema Único de Saúde (SUS) – este, inclusive, foi ridicularizado, dito ultrapassado e com muitas falhas. A organização dos serviços prestados se fundamentava nos modelos inglês e canadense de saúde, ambos públicos.

Poucos meses após a minha entrada, o processo de aquisição total por um grupo de saúde estadunidense se concluiu e, com isso, uma série de mudanças foram implementadas, de forma gradativa. Essas ocorreram não apenas em relação à comunicação visual da empresa (formato, cores, logotipo), mas também na gestão. Nesse momento, muitos profissionais que atuavam no SUS foram admitidos na composição de equipes e em espaços estratégicos, como cargos de liderança. No mesmo período, em 2018, atravessamos um intenso agravamento no funcionamento na rede pública de saúde no Rio de Janeiro: profissionais há meses sem receber salários, unidades de saúde sem condições de

funcionamento devido à falta de repasse de verbas do estado e/ou do município. A partir de então, planos a preços acessíveis começam a ser comercializados pela empresa, o que atrai a população, que já contava com uma rede pública de atendimento escassa. Esses planos basicamente ofertam acesso à sua rede própria, mantendo os *slogans* de cuidado integral, excelência e agilidade na marcação de consultas e exames. A demanda de atendimentos, que já era significativa, se intensificou. No entanto, a equipe se manteve com o mesmo quantitativo de profissionais.

A principal diretriz de trabalho dos psicólogos passou a ser a saúde mental², com o intuito de evitar internações psiquiátricas devido ao seu alto custo, além dos programas de emagrecimento e de planejamento reprodutivo³, que anteriormente eram foco do atendimento clínico. A prioridade na atenção primária e, conseqüentemente, a contenção de desperdício foram reforçadas. A estratégia consistia em reduzir os exames em excesso, as consultas com especialistas e as eventuais futuras internações, por meio da ideia de um cuidado centrado, exclusivo, de maior proteção e saúde: o cuidado integral (*slogan* da empresa).

Em meados de março do ano de 2020, iniciou-se o enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus (Sars-Cov-2) no Brasil. Com isso, rotinas e formas de se relacionar foram modificadas, principalmente devido ao protocolo de distanciamento social para evitar a propagação do vírus. Nesse momento, as diretrizes do trabalho também foram alteradas. Diversas mudanças ocorreram no organograma da empresa, principalmente em relação aos cargos de chefia. A relação entre colaboradores (os funcionários da empresa) e gestão, antes realizada de forma integrada e colaborativa, sofreu um enfraquecimento. Nesse novo cenário, as relações se empobreceram e a responsabilização diante das direções tomadas, anteriormente atribuída aos profissionais que ocupavam tais cargos, foi transformada. Quando os trabalhadores contestavam algo, atribuía-se a decisão ao Capital Humano como uma imposição não passível de questionamentos ou de participação nesse processo de construção das rotinas de trabalho.

²Delimitado como atendimentos a casos de média e alta complexidade/gravidade. Por meio de treinamentos, uma lista dos diagnósticos clínicos foi disponibilizada aos profissionais.

³ Realização de avaliação psicológica para procedimento de vasectomia.

O Capital Humano é o atual substituto do setor de Recursos Humanos da empresa de prestação de serviços privados de saúde na qual trabalho atualmente. Destaco o termo “capital” para o tratamento dos temas relativos aos funcionários, como folha salarial, benefícios, atração e retenção de profissionais, políticas de diversidade e inclusão, dentre outros. Ao reduzir o trabalhador a uma cifra, à dimensão econômica, este se torna apenas mais um meio de produção desubjetivado. Diante de um contexto de crise, direções de trabalho foram impostas pela empresa, tais como manterem funcionamento o ambulatório das unidades de atenção primária no primeiro ano da pandemia de COVID-19, mesmo quando a recomendação dos órgãos sanitários responsáveis (Organização Mundial de Saúde, Ministério de Saúde etc.) era a de que somente os serviços emergenciais deveriam permanecer em funcionamento, devido ao alto risco de contágio; a modificação do vínculo de trabalho de diversas categorias profissionais, o que implicou na perda de direitos trabalhistas e na demissão em massa.

Dessa forma, consideramos relevante a discussão sobre os modelos políticos socioeconômicos. Marx e Engels (1848) ressaltam a história da transformação realizada nas relações sociais pela burguesia moderna. Esta não pode existir sem revolucionar incessantemente os instrumentos de produção, e, conseqüentemente, todas as relações sociais. Cada período de seu desenvolvimento é acompanhado por um progresso político. Ao reduzir as relações ao âmbito estritamente monetário, as liberdades conquistadas se apagam. O capital, portanto, o mercado passa a reinar.

O capitalismo institui o seu modo de produção através do excesso, seu modo de operar é a partir de um valor a mais. Com o objetivo de agregar valor, transforma toda riqueza em capital e destina inteiramente sua produção ao aumento dessa riqueza, ao lucro. Os objetos se tornam mercadorias, assim como a força de trabalho. Tudo que circula em nossa sociedade ocorre por meio da mediação do dinheiro, com o objetivo de produzir esse valor a mais, a mais-valia⁴ (DE GÓES, 2008). Assim, esse modelo se desenvolve com seu modo de produção voltado a produzir/consumir sempre mais. O estabelecimento do

⁴ Termo que aponta para o excesso e a perda. Designa o lucro obtido em relação às horas de trabalho não pagas ao trabalhador, ou seja, há algo que não é pago, que é subtraído do trabalhador e se acumula.

preço daquilo que se acredita querer e/ou ser indispensável é o único impeditivo do consumo desenfreado.

O neoliberalismo potencializa essa lógica por meio da mínima intervenção do Estado, restando a este apenas a regulação dos serviços básicos. O intuito é favorecer a privatização e a ampliação do mercado de serviços essenciais privados, incluindo a saúde, tornando-a uma alternativa lucrativa. A ideia de que o Estado é um péssimo gestor é reforçada e, dessa forma, cria-se a necessidade de buscar na rede privada o que deveria ser um direito garantido. Assim, questionamos quais são os impactos dessa forma de produção neoliberal na assistência psicológica e na forma de atuação em serviços de saúde suplementar.

A construção da relação entre modelos políticos socioeconômicos e suas consequências no setor de saúde é discutida no decorrer do presente trabalho. Abordamos a implementação e as mudanças nas políticas deste campo no Estado, sua relação entre a esfera pública e a privada. Sustentamos a hipótese de a saúde suplementar ser mais um produto do discurso capitalista neoliberal hegemônico que visa o apagamento do sujeito por meio de sua alienação, por meio da possibilidade da “compra” de bem-estar para eliminar o adoecimento físico e psíquico. O campo da saúde suplementar traz de forma inédita uma proposta de trabalho apropriado do modelo de estratégia de saúde da família, portanto, não focado nas especialidades de forma independente. Dessa forma, investigamos quais são as implicações, os desdobramentos, as possibilidades e os impasses decorrentes de tal modelo atravessado por uma gestão estadunidense em território brasileiro, centrada no lucro.

Desde já, ressaltamos uma diferenciação importante no próprio conceito de saúde. Enquanto no âmbito público esta é considerada a partir de fatores determinantes e condicionantes de vida - a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais - para o setor privado a mesma é caracterizada a partir da doença e precificada. A saúde suplementar é um seguro, porém, o produto comercializado é a vida e o bem-estar, por meio de uma seleção segmentada de seus beneficiários. Condições como idade e comorbidades podem impossibilitar a contratação, e a oferta de atendimento está diretamente relacionada ao poder de compra (SANTANA, 2018). Impõe-se o capital. Destacamos que os ditos planos de saúde são regidos principalmente pelo lucro.

Freud (1919/2019) reconhece a importância de o tratamento psicanalítico ser oferecido pelo Estado de forma gratuita, de modo a abranger um maior número de pessoas; porém, assinala que as instituições particulares deveriam ser incluídas nesse processo. Para essa implementação, adverte que seria necessário adequar a técnica da psicanálise às novas condições, aos novos locais e às novas formas de trabalho.

Tempo e dinheiro também são considerados pontos importantes para o início do tratamento. Freud (1913/2019) adverte que limitações de tempo não são vantajosas para nenhum dos envolvidos no processo analítico, portanto, nem para o analisando e nem para o analista, devendo ser totalmente descartadas inicialmente. Em geral, os tratamentos são mais longos devido à atemporalidade dos processos inconscientes. Já sobre o dinheiro, além dos meios de sustento do profissional, está associado a fatores sexuais correlacionados aos sociais, pois culturalmente ambos são tratados de forma pudica e hipócrita. A ausência da regulação a partir do pagamento é contraindicada (FREUD, 1913/2019). Na atuação em uma empresa multinacional de saúde, pesquisamos como adequar a técnica da psicanálise diante da imposição de um controle temporal e do não pagamento das sessões diretamente ao analista, mas ao convênio de saúde.

A partir de experiência clínica, Freud (1912/2019) expõe as regras técnicas para o tratamento psicanalítico, dentre as quais ressaltamos: a atenção equiflutuante, que consiste em não se fixar em algo específico, mantendo todas as influências conscientes sem a preocupação de lembrar algo; evitar fazer anotações extensas ou registros durante o atendimento, exceto quando o caso for objeto de uma publicação científica, com o objetivo de evitar a seleção do material trazido pelo analisando; não incluir os próprios afetos no tratamento, dessa forma não esperar algo do trabalho realizado para fins de comprovação; e se servir de seu inconsciente como instrumento durante a análise, para isso deve se submeter à análise pessoal desenvolvendo meios de “ser opaco para o analisando e, assim como uma superfície espelhada, não deve mostrar nada além daquilo que lhe é mostrado” (FREUD, 1912/2019, p. 102). Investigamos as possibilidades e os impasses da utilização dessas técnicas no setor de saúde suplementar.

Diante da precarização dos serviços públicos de saúde devido à falta de recursos e da construção de que a saúde suplementar pode oferecer o fim do adoecimento e o restabelecimento da saúde por meio de serviços divulgados e comercializados como sendo

mais eficientes, com maior qualidade e tecnologia do que aqueles oferecidos pelo SUS, resta investigar qual é o papel e quais são as contribuições da psicanálise para sustentar a atuação clínica nesse cenário.

Por meio da experiência clínica, o questionamento sobre a possibilidade de atuação orientada pela psicanálise nesse modelo de prestação de serviços de saúde tornou-se presente. Esse resultou no objetivo que desenvolvemos no presente trabalho: discutir, problematizar e verificar quais são os impasses e as dificuldades para a prática clínica de orientação psicanalítica em uma operadora de plano de saúde privada que se orienta pelo lucro e a produtividade. Interrogando a partir das possibilidades e obstáculos no trabalho com os instrumentos da clínica psicanalítica. Essa questão se justifica pelos embaraços, impasses e dificuldades vivenciados cotidianamente, os quais investigamos no decorrer do trabalho.

Como objetivos específicos, destacamos: a) a discussão sobre os modelos político-econômicos, as políticas de saúde pública e privada; b) a construção da transformação da saúde em objeto de consumo e sua consolidação enquanto mercadoria; c) os efeitos observados na assistência psicológica em serviços de saúde suplementar; d) as implicações do laço social contemporâneo no âmbito da saúde suplementar; e) a investigação sobre o que se vende quando o objeto é a saúde, um direito de todos os cidadãos garantido pela legislação brasileira.

No primeiro capítulo, desenvolvemos uma revisão histórica dos modelos assistenciais brasileiros em saúde e daqueles apontados como os mais eficientes, tecnológicos e ideais pela empresa: o estadunidense, o inglês e o canadense. Assim, situamos como surgiu o conceito de saúde nesses países, em suas sociedades e a construção da prestação de assistência, além da expansão de serviços privados e a comercialização dos planos de saúde. Investigamos o percurso que levou à visão predominante atual em nossa sociedade, através da hipótese da saúde enquanto direito de todos garantido pelo Estado, ser transformada em mais um objeto de consumo ofertado de forma suplementar por empresas privadas.

No segundo capítulo, pesquisamos os sistemas político-econômicos capitalismo e neoliberalismo, as contribuições da psicanálise sobre o tema e o desenvolvimento da teoria

dos discursos de Jacques Lacan, na qual elabora o discurso do capitalista como uma consequência da sociedade contemporânea. Para isso, também tomamos Sigmund Freud, Karl Marx, Max Weber, outros autores e comentadores. A progressiva consolidação da saúde enquanto mercadoria norteia a discussão bem como sua relação com o papel do Estado e da sociedade.

Por fim, no terceiro capítulo, abordamos a atenção primária, sua apropriação pela saúde suplementar e quais as contribuições da psicanálise para sustentar a prática clínica em seus dispositivos; o que é o cuidado integral (*slogan* da empresa que se apropria do termo utilizado pelo Ministério da Saúde ao definir a atenção primária no SUS) e o que é comercializado; avançamos na problematização do que se comercializa quando o objeto é a saúde. As leis do mercado tornaram a saúde um objeto de consumo, no qual predominam o capital e o lucro, investigamos onde o sujeito encontra-se nessa relação, os impasses e a atuação clínica nesse cenário.

A metodologia utilizada é o levantamento e a revisão crítica bibliográfica da legislação pertinente ao sistema de saúde brasileiro (público e privado) e as produções textuais de autores e/ou trabalhadores que problematizam a teoria e prática na área da saúde; psicanalistas e filósofos que tenham como objeto de estudo o capitalismo e o neoliberalismo. O referencial teórico é a psicanálise (Sigmund Freud, Jacques Lacan, além de outros autores/comentadores), para refletirmos sobre a clínica. Para esta etapa, o levantamento de fontes foi realizado por meio da busca em obras publicadas e plataformas *online* de artigos científicos: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google Acadêmico e Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC). Os descritores utilizados foram: psicanálise, neoliberalismo, capitalismo, saúde suplementar, SUS.

De acordo com Minayo (2014), a pesquisa social em saúde tem como objeto a história, portanto, a investigação das transformações socioeconômicas e culturais norteará o presente trabalho. Segundo a autora, essa pesquisa consiste nos diversos tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, suas relações, instituições, história e produção simbólica. Aborda as investigações que tratam dos fenômenos saúde/doença, sua representação para os que atuam no campo, incluindo as instituições políticas, de serviços, os profissionais e os usuários. A pesquisa tem origem em determinada forma de inserção, encontrando nela suas razões e objetivos. O presente trabalho consiste em uma

pesquisa qualitativa, dessa forma teoria e metodologia caminham vinculadas. Freud (1913/2019) ressalta que no trabalho analítico, pesquisa e tratamento coincidem, portanto, a minha inserção e atuação em unidades de saúde suplementar é um recurso utilizado, assim como breves vinhetas clínicas para apresentar os impasses vivenciados, o impacto nos profissionais e nos usuários dos serviços.

1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Silva Junior e Alves (2007) consideram que os modelos de saúde estão relacionados aos modos de organização de uma sociedade, suas ações incluem a assistência e a tecnologia. A partir da conceituação de Merhy (2016), as tecnologias materiais são os instrumentos de trabalho e as imateriais, os saberes. Segundo o autor, no ato clínico utiliza-se as “caixas de ferramentas tecnológicas” (p.64) em que o manuseio dos instrumentos é considerado uma tecnologia dura; o ato clínico, logo, a singularidade de cada encontro, uma tecnologia leve-dura, e a produção das relações entre trabalhador-usuário do serviço, uma tecnologia leve. Dessa forma, articulam-se diversos recursos para o enfrentamento e a resolução nesse campo da saúde, para a reflexão da prática clínica para além da ausência de doenças. Paim (2008) ressalta que, desde 1986, o conceito de saúde se amplia e inclui formas de organização da vida social. Posteriormente, nesse mesmo ano, a Carta de Ottawa⁵ passa a contemplar, no conceito de saúde, “a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e a equidade”. (p.165)

Portanto, os modelos variam de acordo com a compreensão singular de cada sociedade sobre bem-estar, a saúde e a doença; a redução de riscos e agravos; o acesso ao sistema e sua forma de financiamento e às ações e serviços, ou seja, de acordo com a perspectiva sobre a saúde e seus determinantes sociais. As escolhas políticas e econômicas também determinam os modos de organização desse campo, pois o Estado tem participação efetiva no financiamento, no investimento e na disponibilização de recursos desse setor. As formas de gestão dos processos políticos, organizacionais e de trabalho que estão

⁵ Documento elaborado na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Realizada em novembro de 1986, em Ottawa, no Canadá. Seu objetivo era alcançar saúde para todos a partir do ano 2000.

associados ao indivíduo, ao coletivo e ao social sofrem influências do período temporal. Merhy (2016) ressalta o compromisso com os valores de uso, enquanto utilidade para os indivíduos e os grupos.

Fonseca (2018) evidencia que a história da política de saúde brasileira dialoga com a do país, pois integra o sistema político. Avançaremos na investigação da construção da sociedade política brasileira, formas de organização e o processo de institucionalização que se desenvolverá principalmente a partir de movimentos populares. As ações de saúde pública se tornam componentes significativos na proposta de construção da nação.

O SUS constituiu-se a partir dos princípios da universalidade e da igualdade, fundamentando-se na formulação de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Sua construção enfrentou as formas excludentes de assistência e acesso à saúde no Brasil até a promulgação da Constituição de 1988, quando a saúde se torna um direito social garantido pelo Estado por meio de políticas sociais e econômicas. A reforma sanitária foi o movimento que impulsionou essas mudanças na política de saúde pública brasileira, porém esse sistema não conseguiu incluir toda a população, e boa parte segue até o presente momento recorrendo aos planos de saúde (privados). O principal entrave encontrado, desde sua origem, são o financiamento e o repasse de verbas dos governos federal, estadual e municipal para a implementação e a garantia de funcionamento dos serviços de saúde. Percorreremos o histórico desse processo para iniciarmos a discussão sobre a saúde suplementar, sua ampliação e vinculação a um modelo de saúde público e universal, de forma a garantir o acesso a toda população.

Abordaremos também os modelos de assistência à saúde estadunidense, inglês e canadense, considerados por alguns profissionais de uma operadora de plano de saúde com gestão estadunidense (em sua maior parte com formação no SUS), melhores que o sistema de saúde brasileiro.

1.1 Histórico da saúde no Brasil

Iniciaremos esse histórico a partir das concepções relativas aos processos de cura e de cuidado vigentes desde o Brasil colonial (séculos XVI-XVIII), nas quais diversas culturas se mesclaram: europeias, americanas e africanas. Com isso, ocorreram

transformações e influências entre conhecimentos e experiências sobre o corpo e a doença. A medicina era baseada no modelo europeu, influenciada por Hipócrates e Galeno, em que a doença era considerada um desequilíbrio de humores e sua restituição, a saúde, adviria através do uso de purgativos e sangrias. Essas práticas permaneceram como diretrizes até o século XIX (ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018).

A medicina hipocrática ou humoral fundamentava-se na necessidade de regulação de três órgãos fundamentais: fígado, coração e cérebro, que dependiam da moderação entre os quatro humores primários: sangue, cólera (bílis amarela), fleuma e melancolia (bílis negra). Os humores se compunham por pares de oposição (seco/úmido, frio/quente, delgado/grosso, doce/amargo) e suas funções ocorriam através da relação com determinados órgãos. O corpo era considerado um microcosmo no universo subordinado à natureza e aos astros. Percebe-se uma estreita relação entre o corpo e a natureza, portanto, o adoecimento seria provocado por um desequilíbrio entre ambos (ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018).

No século XVIII, os saberes da religião e da magia também atravessavam o da medicina no Brasil, como aponta Ribeiro (1997). A Igreja e os médicos prescreviam orações, exorcismos e outros procedimentos espirituais, pois a saúde do corpo estava associada ao bem-estar da alma. Entre os séculos XVI e XVIII a medicina no Brasil colonial reuniu também saberes e práticas resultantes das experiências e observações vivenciadas no cotidiano, o que resultou no conhecimento sobre doenças até então inexistentes ou pouco conhecidas na Europa, além de novos tratamentos farmacológicos.

Ao longo do século XVIII, a medicina portuguesa passou a ser determinada pela experimentação, com a associação da química, da botânica e da física. A valorização dos estudos anatômicos iniciou um movimento de afastar as explicações “sobrenaturais” para as doenças e seus tratamentos. Entretanto, estes não foram suficientes para suprir as práticas e outras tradições ligadas à cura na Colônia (ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018).

As técnicas de cura também se relacionaram com as experiências indígena e africana. “Nos três primeiros séculos da colonização a medicina indígena foi essencial para a sobrevivência dos colonos europeus.” (ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018, p.35). Nesse período, os europeus estudaram amplamente os produtos naturais usados pelos

nativos e apesar de não reconhecerem esta sabedoria como ciência, se apropriaram desse conhecimento. Assim, segundo Souza (1995), os métodos de cura singulares da cultura indígena, africana e mestiça (rituais, orações e ervas) se conectaram à medicina europeia. Os curandeiros eram muito procurados, pois raros eram os profissionais de medicina no Brasil colonial.

As principais fontes de doenças apontadas foram as condições climáticas, de higiene, a especificidade de cada região e maus hábitos alimentares. Inicialmente, quem se voltava ao tratamento dos doentes eram os padres da Companhia de Jesus. Para a elaboração de medicamentos, sua vivência com os indígenas e a circulação pelo continente possibilitaram a apropriação dos saberes nativos. Assim, métodos de tratamento que uniam a tradição europeia e a dos povos originários foram criados. Para o enfrentamento de doenças, as autoridades trataram os surtos de malária, febre amarela, sarampo, disenteria e varíola com a criação de enfermarias, Santas Casas, melhorias nas condições de aldeamento, entre outras medidas (ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018).

Assim, além dos jesuítas, os hospitais desempenharam funções assistenciais, mantidos pelas ordens religiosas, principalmente pelas Santas Casas geridas pelas Irmandades da Misericórdia.

A Santa Casa de Misericórdia foi criada em Portugal, em 1498, com o objetivo de prover conforto espiritual e material aos necessitados, seu modelo se difundiu pelos domínios portugueses da Ásia, África e Brasil. Além dos hospitais mantidos pela irmandade da Misericórdia, como os de Olinda, Santos, Recife, São João Del-Rei, houve outras instituições sob administração das associações caritativas, a exemplo do Hospital de São Cristóvão dos Lázaros, na Bahia. (ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018, p.52).

Portanto, quem mantinha os hospitais no Brasil colonial era principalmente a Irmandade da Misericórdia, que fornecia assistência médica àqueles que necessitavam de ações caritativas: pessoas escravizadas, ex-escravizados, soldados não abastados, entre outros pertencentes às camadas mais excluídas da população. Nesse período, os hospitais ainda não eram voltados para a cura e sim para a garantia de uma morte assistida (ABREU, 2010).

Somente no século XVIII, com a criação de hospitais militares em algumas cidades, essa realidade começou a se modificar. Nestes, além do tratamento voltado aos combatentes, criou-se um espaço de formação médica e cirúrgica (MACHADO, 1978). Na

segunda metade deste século, mudanças na medicina ocorreram. Iniciou-se a “medicina das luzes” e os hospitais se aproximaram do modelo atual. As doenças passaram a ser quantificadas, definidas e incluídas em estatísticas. O estudo da anatomia ganhou força através do conhecimento e a definição da causado adoecimento começou a ser identificada.

Até meados do século XVIII, as ações de saúde na Colônia eram pontuais, por exemplo, a quarentena em surtos epidêmicos, como os de varíola. A medicina e as técnicas utilizadas apresentavam forte relação com o espaço social, buscava-se modificar o que era considerado causa de adoecimento no espaço urbano. Dessa forma, foram adotadas medidas de limpeza de ruas e casas, cuidados com as sepulturas e com a alimentação da população, entre o fim do século XVIII e início do século XIX. (ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018).

Abreu (2010) ressalta que é a partir de mudanças voltadas ao ensino e às práticas médicas, além de ações voltadas à formação médica que foram iniciadas na década de 1770, que algumas transformações no campo da saúde pública iniciaram. Passou-se a investigar a higiene pública por meio de um olhar mais atento para os espaços urbanos e a conservação da saúde da população, os escravizados passaram a ser incluídos. Entretanto, concentraram-se no Rio de Janeiro, à época sede do Governo-Geral, as principais e poucas ações de fato.

No decorrer de três séculos de colonização, podemos constatar a circulação de diversos saberes sobre a medicina no Brasil Colônia, variadas teorias e tratamentos foram utilizados a partir da experiência europeia atravessada pelos saberes existentes no território. As técnicas de cura e as representações sociais das doenças emergiram na sociedade, o que levou ao enfrentamento destas a partir do tratamento da população através de um olhar mais atento aos espaços, principalmente urbanos. Ressaltamos a descrença sobre os saberes locais, associados muitas vezes à feitiçaria pelos jesuítas, porém incorporados às práticas de cura dos médicos europeus. O enfrentamento das doenças na Colônia foi possível devido a um processo de troca de saberes.

O processo de abolição da escravatura no século XIX teve impactos na sociedade brasileira, a vida urbana foi alterada. Questões de saúde pública apresentaram-se em consequência do aumento do fluxo imigratório, além da ausência de planejamento de moradia e trabalho para essa parcela da população. A organização da assistência, gerida pelas irmandades devocionais ou confrarias profissionais, assim como a manutenção de

hospitais, foram as formas utilizadas tanto pelo governo central quanto pela população para lidar com esse novo cenário. O trabalho começou a ocupar um importante espaço na sociedade, o ideal de que a redenção viria por meio deste foi incorporado como forma de combate à miséria (SANGLARD; FERREIRA, 2018).

Evidencia-se a dependência, que persistirá durante séculos, das ações assistenciais da Irmandade da Misericórdia, única que não limitava seus atendimentos e incluía tratamento aos necessitados, tanto em Portugal quanto nas colônias. O cenário se modificará somente a partir da criação de políticas de saúde pública, entre os séculos XIX e XX, período do Império (1822-1889) e da Primeira República (1889-1930).

A partir do século XIX, o que organizará a assistência à saúde na sociedade será a questão social, ou seja, a assistência, que ainda era restringida à rede de locais de caridade, limitados a vilas e cidades brasileiras, será voltada também às classes sociais mais vulneráveis. Os hospitais, leprosários, asilos, dentre outros, eram geridos pelas Santas Casas da Misericórdia, que se voltavam a este problema. À época, a pobreza foi definida como privação de laços, tanto na comunidade quanto familiares, o que impedia a inserção desses indivíduos na sociedade. Enquadravam-se apenas os homens livres e pobres, logo, os escravizados eram excluídos. A prestação dos serviços contava com recursos advindos de atos voluntários (caridade ou filantropia) e, progressivamente, de recursos públicos (SANGLARD; FERREIRA, 2018).

A ampliação da assistência durante os regimes Imperial e Republicano ocorreu essencialmente mediante a fundação de hospitais, por ação do Estado, mas integralmente conduzidos por irmandades, majoritariamente as Santas Casas de Misericórdia. A transferência da Corte portuguesa para o Brasil entre 1808 e 1821 marcou essa modificação. Exigências relativas à reorganização do tratamento médico foram impostas e os hospitais de caridade começaram a ser um polo do ensino médico. Com isso, iniciou-se um reordenamento de seu funcionamento. A partir de 1852, os hospitais no Rio de Janeiro passaram a ser administrados por um médico diretor, um administrador e capelães. O quadro foi instituído e contava também com enfermeiros e médicos professores da Faculdade de Medicina, além das irmãs de caridade (PIMENTA, 2003).

Percebe-se que o médico passou a fazer parte do cenário hospitalar e a ocupar um lugar importante nesse espaço. A equipe, composta por cirurgiões, estudantes, médicos,

boticários e enfermeiros, deixou de ser apenas de prestadores de serviço para a Irmandade. Os profissionais de saúde, de forma individual, até então prestavam serviços ou praticavam caridade, porém, a partir desse momento, iniciou-se a apropriação do contexto hospitalar, com a responsabilidade médica pelo serviço compartilhada com os religiosos e outros membros da irmandade (SANGLARD; FERREIRA, 2018).

Assim, transformações internas e externas ocorreram nos hospitais e, conseqüentemente, na população atendida. Instituiu-se a triagem dos pacientes a partir da doença, os não curáveis (que anteriormente caracterizavam o perfil populacional atendido) foram excluídos, e o foco do atendimento foi redefinido. Sanglard e Ferreira (2018) indicam que, a partir da “adoção de critérios padronizados de admissão e tratamento dos doentes, de regras de condutas rígidas para os funcionários e pacientes, e sobretudo, pela produção de dados estatísticos que visavam controlar a mortalidade hospitalar e aumentar a eficácia do tratamento médico” (p.158), o hospital de caridade sofreu modificações em sua forma de prestar assistência.

As transformações também culminam na inauguração de serviços públicos voltados à assistência médica e sanitária. Os hospitais de caridade emergem através da associação entre médicos, a filantropia e o poder público. Viabiliza-se o alcance da assistência hospitalar necessária à população urbana adoecida devido ao rápido crescimento urbano e o acometimento de doenças endêmicas e epidêmicas. No final do século XIX, houve a criação de laboratórios dedicados à produção de vacinas e policlínicas precursoras na fundação de novas especialidades médicas (SANGLARD; FERREIRA, 2018).

O início do período da Primeira República (1889-1930) foi marcado por ações de higienização da cidade focadas nas camadas mais desfavorecidas da população e seu tipo de moradia. Os casos mais emblemáticos no Rio de Janeiro são a demolição de cortiços na gestão do prefeito Barata Ribeiro (1893) e as Reformas Urbana e Sanitária (1902-1904) realizadas pelo prefeito Pereira Passos e seu diretor de Saúde Pública, Oswaldo Cruz. Nesse momento, a classe pobre passou a ser associada a uma ameaça, classificada como elemento central da transmissão de doenças e da desordem urbana. A partir desse paradigma, os corpos e as residências dessas pessoas foram considerados passíveis de ações ditas de saneamento (SANGLARD; FERREIRA, 2018).

Ressaltamos a filantropia como elemento central da Primeira República, junto ao catolicismo. A alta sociedade se reunia em salões exclusivos ou clubes para obter recursos destinados à criação e conservação de hospitais. As próprias instituições conservavam grupos de doadores nos quais pessoas influentes da sociedade organizavam formas de arrecadação necessárias para a subsistência dos hospitais e projetos filantrópicos (SANGLARD; FERREIRA, 2018).

Desse modo, apesar das instituições de saúde serem mantidas pela filantropia, os médicos começaram a se envolver na atuação nos setores públicos e privados, nas décadas de 1900 e 1920. Fernandes Figueira e Juliano Moreira foram alguns dos profissionais que se voltaram ao tratamento da infância e dos alienados, respectivamente, de forma a construir a atuação dos poderes públicos e da filantropia. Sanglard e Ferreira (2018), através da pesquisa de Castel (2010) e Rangel (2013), afirmam que ambos defendiam que caberia ao Estado as ações mais gerais e à filantropia, as mais pontuais. Assim, o Estado se responsabilizaria por inaugurar e sustentar os hospitais e a assistência privada lidaria com o tratamento após a alta hospitalar. O debate sobre a assistência pública e privada ganha força na década em questão.

A partir de 1915, ganha espaço a proposta de uma reforma sanitária que resultou na criação da Liga Pró-Saneamento em 1918, liderada pelo médico sanitário Belisário Pena. Podemos estabelecer que a partir da década de 1920 o Estado fortalece a intervenção na sociedade, através da assistência à população de forma contínua e não só nas crises endêmicas e epidêmicas. O Estado passou a atuar cada vez mais nos cidadãos e não em ações voltadas às cidades ou às residências, como antes proposto (SANGLARD; FERREIRA, 2018).

Data de 1920 a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), regulamentado três anos depois, caracterizando o primeiro avanço para a regulação das ações de saúde em âmbito nacional. Os estados mantiveram sua autonomia, mas poderiam recorrer técnica e financeiramente ao governo federal em situações calamitosas (surtos).

O sistema de saúde brasileiro passou a se desenvolver a partir da previdência privada, como outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai) no século XX. Através da lei Eloy Chaves -Decreto Legislativo 4.682, de 24 de janeiro de 1923 -, institucionalizou-se o modelo de financiamento conjunto de aposentadorias e previdência

social através do sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), voltado inicialmente aos trabalhadores das empresas de estradas de ferro que, junto a seus familiares, passam a ter acesso à assistência médica, à aposentadoria e às pensões. Recolhia-se a contribuição das empresas e dos empregados para que os aposentados e pensionistas pudessem receber o benefício. Esta é considerada a origem da Previdência Social brasileira (VILARINHO, 2003).

Com a chegada do proletariado urbano ao processo de industrialização brasileira, ocorreu a reivindicação de uma nova forma de prestação de serviços de saúde. A atuação do Estado voltava um olhar atento aos trabalhadores, com o objetivo de manter a capacidade produtiva necessária para a acumulação de capital. Com isso, as categorias profissionais, principalmente os ferroviários, com maior importância na produção, eram prioritárias para as práticas de saúde. Nessa época, o país dependia das estradas de ferro, uma vez que além das pessoas, as mercadorias se deslocavam dessa forma.

Portanto, a partir das reivindicações dos trabalhadores à assistência à saúde, nota-se uma ampliação das CAPs (1920-1930). As empresas passam a prestar serviços médicos e de assistência social aos trabalhadores, através da compra de serviços privados. Os médicos eram credenciados, mediante financiamento da União, das empresas e dos empregados. Também foi aberta a possibilidade, em 1926, da constituição de serviços próprios das CAPs. O crescimento ocorreu rapidamente sem a contribuição do Estado – o sistema era sustentado por empresas privadas e categorias profissionais prestigiadas – além dos ferroviários, portuários, da navegação marítima e da aviação. Podemos considerar este o início da privatização da saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Ressaltamos que esse sistema excluía grande parte da população. Seu rápido crescimento, conforme Médici (2003), não permitiu que o Estado fiscalizasse o seu funcionamento, principalmente no final dos anos 1930, visto que na época não havia instâncias governamentais que monitorassem essas ações. Inicia-se um sistema fundamentado na valorização de uma parcela dos trabalhadores com maior poder aquisitivo, que se organizavam em sindicatos e associações de classe, desse modo com forte influência no governo.

Em 1930, houve um golpe de Estado que depôs o presidente Washington Luís e impediu a posse de Júlio Prestes, que havia sido eleito. Nomeada de Revolução de 1930, marcou o início do primeiro governo de Getúlio Vargas. No fim do mesmo ano, Vargas criou o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), dando início às reformas e ao processo de institucionalização da saúde pública no país. A instabilidade política afetou o então recente ministério, que teve quatro ministros em seus primeiros quatro anos, além de conflitos em relação à liderança política que estabeleceriam o percurso a ser traçado. Em 1934, Gustavo Capanema assumiu e iniciou profundas transformações na política pública de saúde, contando com João Barros Barreto na direção do Departamento Nacional de Saúde. Houve o fortalecimento do poder público no país (FONSECA, 2018).

O primeiro governo de Getúlio Vargas manteve como principal objetivo a garantia do controle político sobre o território brasileiro e apresentou como lema a ideia de construção de uma identidade nacional. Fortaleceu a centralização política e adotou as propostas que estavam em debate pelo movimento sanitarista no decorrer das décadas. A saúde foi incluída como um importante elemento no fortalecimento do poder público. A implementação da medicina previdenciária ocorreu a partir de 1930 com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esses substituíram as CAPs com a finalidade de expandir o acesso dos serviços a todos os trabalhadores urbanos, portanto, não mais voltado às empresas e, sim, às categorias profissionais - como bancários, comerciários, industriários - com cobertura nacional. Permaneceu a aquisição através da compra direta dos serviços médicos e da assistência hospitalar privada, pelos IAPs. Apesar dessa expansão, diversos setores da sociedade continuaram desassistidos. O Estado estabelecia a prática da compra por terceiros e não por meio de um serviço público que abrangesse a população.

Em 1937, transformações coordenadas por Capanema e Barros Barreto resultaram nas primeiras alterações no sistema de saúde. Investiu-se pela primeira vez na formação e na capacitação de profissionais para atuarem na saúde pública, com o intuito de fortalecer e constituir a carreira e as categorias profissionais. O Ministério da Educação e da Saúde consolidou seu papel: executava as políticas de saúde no país como um todo, definia normas e fiscalizava sua execução (FONSECA, 2018).

Durante a administração de Capanema (1934-45), a atenção se voltou essencialmente ao acesso à saúde pelo país e foi criada uma rede articulada de serviços de saúde. João de Barros Barreto foi designado diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde (DNS) em 1937, e iniciou-se um período de extenso trabalho voltado à regulamentação, através de elaboração de leis, diretrizes e códigos, com a finalidade de padronizar a atuação nos variados serviços de saúde brasileiros.

No fim de 1937, teve início o regime político nomeado de Estado Novo, ainda presidido por Vargas, que perdurou até janeiro de 1946. Nesse período, destacamos a centralização do poder a partir do modelo político econômico nacional-desenvolvimentista, que tinha como objetivo os investimentos nas indústrias de base, a criação de órgãos da administração pública, as reformas nas Forças Armadas e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943.

Capanema, em 1941, dá sequência ao seu trabalho e realiza importantes mudanças no DNS, concentrando de forma mais intensa a atuação federal na gestão da saúde. Criou 12 serviços nacionais voltados ao combate de doenças que assolavam a população (peste, febre amarela, tuberculose, dentre outras) e duas novas divisões: Divisão da Organização Sanitária e Divisão de Organização Hospitalar. Manteve o investimento na formação e na especialização dos profissionais que atuavam na saúde pública (FONSECA, 2018).

A filantropia e a assistência se modificaram, o trabalhador tornou-se o principal interesse do governo e de suas ações. O Estado passou a atuar como agente de políticas públicas na área da saúde e incluiu o tema como uma de suas prioridades. A partir da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), principais órgãos responsáveis pela saúde do trabalhador e de sua família, a assistência previdenciária foi implementada. A alimentação também foi privilegiada e quem se encarregava desta era o SAPS (Serviço de Alimentação da Previdência Social).

Aos que não eram incluídos no sistema previdenciário, portanto, os não trabalhadores, contaram, a partir de 1939, com o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), responsável por fiscalizar e regular as instituições filantrópicas privadas. A partir de 1942, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), órgão assistencial público criada pela então primeira-dama, Darcy Vargas, ofertava apoio às instituições, tais como abrigos que cuidavam de crianças, famílias e idosos. No mesmo ano, o SESP (Serviço Especial de

Saúde Pública) foi criado a partir de uma aliança com os Estados Unidos da América. O serviço direcionava a assistência médica aos trabalhadores que atuavam na produção de borracha na Amazônia - importante produto utilizado na Segunda Guerra Mundial – e estavam sujeitos às doenças locais, como a malária. (SANGLARD; FERREIRA, 2018).

Ao fim da Segunda Guerra Mundial, protestos populares em oposição à ditadura resultaram, em outubro de 1945, na saída de Getúlio Vargas. O designado período de redemocratização se estendeu até 1964. No decorrer dos anos 1950, o desenvolvimento e o progresso eram as principais metas do Estado brasileiro. Uma maciça entrada de capital estrangeiro na economia nacional ocorreu, o que favoreceu a proposta de modernização econômica e institucional liderada pelo presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961).

O país passa a ser impulsionado pelas ideias de seguridade social, em pauta no cenário internacional pós-guerra, contrária à concepção de seguridade até então vigente. Com o aumento da população trabalhadora, ocorreu uma maior utilização dos benefícios da Previdência Social, fazendo com que sua manutenção gerasse ampliação dos gastos e, conseqüentemente, aumento das despesas e déficits no orçamento. Acelerou-se o processo de industrialização, sobretudo de bens de consumo, e ampliou-se o investimento na assistência médica (CUNHA; CUNHA, 1998).

Em relação à assistência médica, através da luta sindical, os trabalhadores reivindicaram que os IAPs prestassem atendimento aos seus associados, o que desencadeou a construção de hospitais próprios a partir de recursos existentes. Também surgem os primeiros médicos particulares contratados por empresas insatisfeitas com o atendimento fornecido pelo Estado e originam-se os convênios entre empresas e grupos médicos, presentes até hoje. Destacamos o investimento em infraestrutura hospitalar e não na atenção primária (à época, centros de saúde), devido ao avanço das indústrias de equipamentos médicos e farmacêuticos, acompanhados do ideário de que a saúde privada oferta melhores serviços.

Podemos observar o surgimento dos seguros privados de saúde, através das iniciativas de medicina de grupo e das cooperativas médicas, mesmo com a prestação de serviços de saúde oferecidos pelo Estado àqueles cobertos pela Previdência Social, além das práticas filantrópicas aos desassistidos e em condições de vulnerabilidade social. Percebemos uma dupla organização: a do Estado e as organizações empresariais, através

de iniciativas médicas. Uma das novas modalidades que surgiram foram as cooperativas médicas, a partir da organização sindical da própria categoria que criticava as ações dos grupos médicos empresariais criados desde as décadas de 1950 e 1960.

Reis (2000) ressalta que, a partir dos processos industriais, a prioridade passou a ser a produção em série, o trabalho começou a ser associado à produtividade e somente assim ocorreu o interesse em investir na assistência médica aos trabalhadores. O sistema era privado e constituído por serviços próprios, unidades médicas localizadas nas próprias empresas, ambulatórios ou prestadores conveniados. O modelo se fortalece de forma desvinculada da Previdência Social, esta com uma forte insatisfação populacional devido aos serviços prestados. O interesse permanecia privado, logo o estímulo ocorria na ampliação das empresas de medicina de grupo e nos espaços de saúde das empresas, não na expansão estatal da saúde pública.

Também a partir dos anos 1950, Bahia (2001) assinala que os recursos públicos e privados eram voltados apenas a uma camada segmentada e específica da população, consolidando-se assim um modelo de assistência médico-hospitalar excludente. Nesse contexto, em 1956, originam-se as chamadas medicinas de grupo, constituídas por entidades ou empresas que operam planos de saúde, através da proposta de pré-pagamento fixo. A Policlínica Central foi a primeira empresa do país nesse setor. Importou-se o modelo estadunidense de saúde, do qual trataremos adiante. Tratava-se de uma empresa que administrava a venda de planos de saúde para indivíduos, famílias ou empresas, intermediárias entre os compradores e os médicos, pois contratavam de forma direta a assistência médica em consultórios ou hospitais. O foco do atendimento permanecia nos trabalhadores de grandes indústrias, como a automobilística, portanto, os planos em sua maior parte eram coletivos e vinculados às empregadoras.

Entretanto, os médicos se queixavam de limitações ao seu trabalho devido a prerrogativas tais como seleção de pessoas, controle de absenteísmo e imposição de produtividade. Os profissionais eram persuadidos a manterem um intenso ritmo de atendimentos. Com isso, a categoria se organizou e estruturou uma nova modalidade de oferta de serviços, de modo a conservar a autonomia da profissão e atender às classes mais bem remuneradas que podiam arcar com os custos dos serviços. Salientamos que o modelo

estadunidense importado prioriza a produtividade e o lucro, o que impacta diretamente no serviço clínico ofertado, conforme desenvolveremos no terceiro capítulo.

O Estado passou a atuar diretamente no financiamento do setor privado, concedeu benefícios e estimulou a consolidação do setor por meio de renúncias fiscais (isenção de impostos e taxas). Com isso, ocorreu a solidificação do setor privado de saúde no Brasil, com a participação estatal ativa no processo.

Em 1964, por meio de mais um golpe de Estado, o poder executivo é tomado por militares, que permanecem no governo até 1985. Durante esses 21 anos, houve um forte controle do Estado sobre a sociedade. O regime militar conduz a abertura da economia ao capital privado e ao estímulo de recursos estrangeiros, verificando-se uma significativa expansão da medicina privada, através da privatização de serviços (estatais) e do fomento às empresas médicas que prestavam serviços a grandes companhias. A medicina previdenciária seguia constituindo o sistema de saúde brasileiro.

Por meio de medidas do Ministério da Saúde, a participação dos empregados e empregadores na construção de programas de saúde nos IAP's foi suspensa. Em 1967, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os IAP's. Os recursos financeiros foram concentrados e ampliados na compra de serviços da rede privada e a cobertura foi estendida a todos os trabalhadores com vínculo formal de trabalho, autônomos e empregadores individuais. Também data desse ano a fundação, na cidade de Santos, no estado de São Paulo, da Cooperativa de trabalho médico (UNIMED) que tinha como objetivo oferecer uma alternativa para além das empresas de medicina de grupo e do atendimento previdenciário, que seguia precário devido à falta de recursos necessários (TEIXEIRA; PAIVA, 2018).

A expansão da cobertura do INPS trouxe alguns entraves, visto que a rede antiga não abrangia novo quantitativo de trabalhadores cobertos. Por esse motivo, foi necessário ampliar a infraestrutura existente. Como alternativa, contratou-se a rede privada de saúde mediante a compra e venda de serviços médicos, como aponta Vilarinho (2003). O INPS tornou-se um grande contratante do setor privado, com a inclusão de quase a totalidade dos hospitais privados existentes. Ou seja, houve um estímulo à organização da medicina no formato de prestação de serviços.

Iniciou-se uma forte dependência entre a previdência e o setor privado, o que possibilitou de forma ainda mais intensa o crescimento deste último. Sua expansão foi implementada por meio de empréstimos a juros baixos pelo Estado e a realização de convênios com empresas. Destacamos que a falta de investimento em saúde pública está diretamente relacionada ao favorecimento e aos interesses do setor privado. As empresas privadas começaram a se responsabilizar pelo tratamento da saúde do trabalhador, e o INPS, ou seja, o Estado, ficou isento de fazê-lo. Isso sucedeu através do pagamento, por meio do empregador, de um valor fixo pela cobertura de seu funcionário em troca de isenções fiscais, além do desconto em folha de pagamento do assalariado de um percentual para acesso aos serviços médicos privados. Portanto, a empresa lucrava duplamente, pois era isenta de impostos e repassava a cobrança ao empregado para que este assim pagasse pelo acesso aos serviços médicos.

Vilarinho (2003) destacou uma forte recessão econômica vivenciada em meados da década de 1970, que se estendeu até a década de 1980, decorrida do aumento do valor do petróleo internacionalmente. Em 1975, o governo instituiu o Sistema Nacional de Saúde, em que destinava “todas as ações de caráter coletivo, entre elas a organização de campanhas de vacinação, a fiscalização e o controle sanitários, além da coordenação da vigilância epidemiológica em todo o país” (TEIXEIRA; PAIVA, 2018, p.439). O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) responsabilizou-se por serviços assistenciais e pelo funcionamento da atenção à saúde individual. Dessa forma, fortaleceu a divisão entre a saúde pública e a medicina previdenciária assistencial.

Na década de 1970, houve uma ampliação das ações governamentais no campo da saúde, com a extensão da cobertura e redução dos custos. Para isso, foi necessário recorrer aos profissionais de outros segmentos que não os do governo, em sua maior parte das faculdades de medicina, que apoiavam a reforma da saúde. Estas defendiam uma presença mais concreta do Estado na prestação dos serviços assistenciais e empenharam-se em efetuar mudanças, com o objetivo de alterar as bases do sistema. Originou-se, assim, o Movimento Sanitário Brasileiro.

Em agosto de 1976, foi lançado o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento), vinculado ao Ministério da Saúde, que tinha como principal objetivo ampliar a rede de atenção primária, através da abrangência dos serviços de saúde e

regionalização da atenção, além da descentralização e hierarquização da assistência (TEIXEIRA; PAIVA, 2018).

Nessa década, despontaram iniciativas como a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) e o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) que foram fundamentais no processo de Reforma Sanitária Brasileira e a construção do campo da saúde coletiva (diversas áreas de saberes, disciplinas e abordagens os integravam). Atuaram em conferências, no Conselho Nacional de Saúde e outros espaços significativos, onde defenderam a participação social, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, através de um sistema de saúde unificado e universal (TEIXEIRA; PAIVA, 2018).

O Movimento Sanitário se consolidava enquanto a previdência atravessava problemas financeiros graves. Em 1980, uma intensa crise econômica aflorou, conseqüentemente o desemprego aumentou e a receita diminuiu. Um enorme déficit se alastrava no setor, como efeito de um modelo de financiamento inadequado, no qual a compra de serviços privados era custosa para o país. O Ministério da Previdência e da Assistência Social, através dos INAMPs (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), propôs ações que diminuíssem o investimento no setor privado, priorizando a participação do poder público, através da articulação das três esferas do governo como medidas para contenção da crise. O sistema vigente começou a se modificar (TEIXEIRA; PAIVA, 2018).

Nessa conjuntura de insatisfação, de protestos por parte dos movimentos populares, de crise econômica e social, chegou ao fim o regime militar. José Sarney, em 1985, tomou posse após o falecimento de Tancredo Neves – candidato eleito indiretamente. Apostava-se em uma rápida e profunda mudança no sistema de saúde, porém a centralização no INPS manteve-se até a promulgação da Constituição de 1988.

A Constituição Federal de 1988, também nomeada de Constituição Cidadã, cria a seguridade social 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” (p.117). Compete ao Poder Público organizá-la, porém toda sociedade de forma direta e indireta contribui, através de recursos provenientes da

União, Distrito Federal, estados e municípios, além do empregador, empresa ou entidade que se compare a tais. Entidades beneficentes permanecem isentas.

No Artigo 196 a saúde foi definida como:

um direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988, p.118).

Porém, em seu Artigo 199, a Constituição Federal também define a assistência à saúde como livre à iniciativa privada de forma complementar. Apesar de diferentes grupos da sociedade reivindicarem o acesso à saúde de forma que abrangesse toda a população, em oposição à lógica até então vigente, não há uma completa ruptura em relação ao modelo estabelecido. A Constituição apresenta um sistema híbrido e segmentado que por um lado consagra a saúde como direito, garante a universalidade e o acesso à assistência, amplia a responsabilidade estatal e define a estruturação de um sistema inclusivo e, por outro, preserva a liberdade do mercado, garante a continuidade das formas privadas de assistência e independentes de qualquer intervenção governamental (MENICUCCI, 2014).

Nos anos 1990, após intensa crise institucional e financeira, Vilarinho (2003) ressaltou a queda na qualidade dos serviços de saúde ofertados, assim como na cobertura do SUS. Sua política de cuidados centralizava-se nas camadas mais desassistidas da população, ainda subordinada aos sistemas privados de medicina, voltados às classes média e alta. Com isso, as empresas médicas passaram a investir em serviços próprios. Esses fatores culminaram em formatos diferenciados de assistência prestada entre as maiores empresas de medicina de grupo. No Rio de Janeiro, Bahia (2001) declarou que as empresas atuavam principalmente no credenciamento de serviços. Ampliam-se as corporações de assistência privada à saúde.

Com a proliferação das operadoras privadas de saúde, faz-se necessária a intervenção do Estado sobre essa atuação. Assim, a Lei nº 9.656/1998 é promulgada e dispõe sobre a regulamentação sobre os planos privados de saúde. Cabe ressaltar que a articulação entre os serviços públicos e privados no Brasil é paradoxal, inclusive em

relação aos termos “complementar” (presente na legislação que institui o SUS) e “suplementar” (utilizado na lei 9.961/2000). Discutiremos o que é promovido quando a elaboração de políticas públicas visa a saúde universal, porém favorece a ampliação da iniciativa privada, intensificada a partir da década de 1990.

1.2 Da saúde complementar à suplementar

Com a queda do Muro de Berlim, o ano de 1989 assinala o fim da Guerra Fria e, com isso, acontecem importantes mudanças no cenário político internacional. Após ascensão iniciada na Europa e nos Estados Unidos, emerge globalmente o pensamento neoliberal, caracterizado pela intensa redução do papel do Estado na regulação da vida social. Iniciativas de abertura e ajuste estrutural da economia são favorecidas, constituindo-se o Estado mínimo (PAIM, 2008).

Nos anos 1990, já sob a presidência de Fernando Collor de Mello (1990-1992), o país seguia em uma situação de crise política, econômica e social. Com o discurso de modernização necessário, baseado na proposta de derrotar a inflação, medidas econômicas neoliberais foram utilizadas para conduzir esse processo, o que dificultou diretamente a transformação necessária nas políticas de saúde públicas (TEIXEIRA; PAIVA, 2018).

A propagação dos conceitos do Movimento Sanitário, intensificados nos anos 1980, atravessado por uma intensa crise econômica e o processo de redemocratização do país, contribuiu para a consequente institucionalização do Sistema Único de Saúde através da Lei 8080/1990. Esta dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, sua organização e o funcionamento dos serviços condizentes. Reafirma a concepção de saúde como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições para seu exercício, com a responsabilização de empresas e da sociedade.

Assim como na Constituição Federal, incluiu-se a possibilidade de participação da iniciativa privada de forma complementar. Ressaltamos princípios e as diretrizes aos quais os serviços privados contratados ou conveniados estão igualmente submetidos, a saber, a universalidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou

privilégios; o direito à informação das pessoas sobre sua saúde; a participação da comunidade; e a descentralização político-administrativa. Trataremos mais à frente da inserção do Título III, em 2015, sobre os serviços privados de assistência à saúde.

Apesar dos vetos do presidente a artigos inteiros e parciais, a sociedade conquista uma lei abrangente, mas que contempla uma abertura e incentivos à participação dos serviços privados. Apesar da Constituição Federal garantir o financiamento dos recursos orçamentários ao sistema de saúde, no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) houve uma redução de quase metade dos recursos destinados à área. Portanto, desde sua origem, o SUS tem questões que impossibilitam sua implementação efetiva, e esta insuficiência de financiamento leva ao sucateamento dos serviços públicos (PAIM, 2008).

Ainda conforme Paim (2008), o processo de Reforma Sanitária brasileira até 1992 (fim do governo Collor) defrontava-se com um projeto conservador, consequente do próprio cenário político neoliberal presente. As políticas apoiavam o modelo privatista assistencial (ampliando a assistência médica suplementar), o que reforçava a “burocratização” e minava a implementação do SUS, a partir de um descrédito ao sistema. Privilegiava-se a produtividade através de sistemas hospitalares e ambulatoriais, com isso a qualidade dos serviços era comprometida. Cresceram as desigualdades sociais e a miséria. A privatização dos serviços e o desmonte dos sistemas de saúde e da seguridade social se intensificaram. Nesse cenário de acentuada insatisfação popular, além de movimentos políticos ativos, o Presidente da República sofreu um *impeachment* em 1992.

O então vice-presidente Itamar Franco (1992-1994) assumiu a Presidência da República em um cenário em que a legislação sanitária não havia sido executada. Desse modo, defendeu a municipalização da saúde através de esforços para descentralizar as ações e serviços no país. Paim (2008) ressalta que, diante da ameaça de revisão constitucional do SUS, não havia investimentos na integralidade dos serviços e nas mudanças necessárias para implementar o sistema. A seguridade social colapsou e os recursos que deveriam ser destinados à saúde não são repassados de forma adequada.

Em seu governo, verifica-se a ampliação significativa da assistência médica supletiva (AMS) com uma variedade de planos de saúde e diferentes formas de aquisição e de pagamento dos serviços médicos. A indústria farmacêutica, em ascensão, também influencia esse cenário. A credibilidade do SUS é minada e parte do setor privado

empregado de forma complementar (profissionais credenciados, hospitais e clínicas) permanece insatisfeita com o valor pago, na contratação daqueles que atuam nos seguros de saúde, remunerados de forma considerada adequada. Logo, os profissionais também não recebiam os valores necessários para sua atuação nos serviços públicos, buscando o setor privado.

A Reforma Sanitária brasileira enfrentou enormes desafios para se consolidar. Até mesmo a extinção do INAMPS, prevista desde 1985, encontrava forte contestação nas plenárias por parte dos parlamentares que estavam comprometidos com a elaboração do Sistema Único de Saúde. O Ministério da Previdência seguia sem repassar os recursos necessários à área, o que comprometia o orçamento. O discurso do governo apontava a crise financeira como causa da impossibilidade para sustentar o plano de ampliação do acesso aos serviços para os brasileiros. Portanto, a prioridade daquele momento era o ajuste da economia, através de um plano de estabilização econômica, o Plano Real (PAIM, 2008).

Apesar dessa conjuntura, o governo Itamar buscou cumprir a lei, extinguindo o INAMPS, permitindo o diálogo com os movimentos sociais, avançando o processo de descentralização necessário para o estabelecimento do SUS, “criou o Programa de Saúde da Família (PSF)⁶ e iniciou a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica⁷, medicamentos genéricos e a regulação do sistema de assistência médica suplementar” (PAIM, 2003). O presidente, por meio do Decreto 1232/1994, dispôs as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, além de definir que os planos e seguros de saúde deveriam ressarcir o SUS pelo atendimento dos seus beneficiários em unidades públicas de saúde. Podemos admitir um percurso árduo e extenso para o êxito da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008).

⁶Unidades públicas de saúde, no nível primário de atenção, voltadas à realização da atenção contínua, com equipe multiprofissional para desenvolvimento de atividades de promoção, proteção e recuperação. Porta de entrada do sistema local de saúde.

⁷Tratamento mais humanizado aos pacientes com transtornos mentais. Implicou no processo de fechamento gradual dos manicômios e hospícios, a internação ocorreria apenas se os recursos extra-hospitalares fossem ineficientes. Espaços de acolhimento e tratamento são criados orientados para assistência médica e hospitalar, com objetivo de reintegração dos pacientes à sociedade e não mais sua exclusão.

A partir de 1994, Fernando Henrique Cardoso (FHC)—que foi ministro da Fazenda no governo anterior - assumiu a Presidência da República. Os pilares do seu mandato foram definidos a partir de alguns princípios fundamentais, como a estabilização da moeda (criação do Real), a responsabilidade fiscal, a privatização de empresas estatais, e adoção de reformas institucionais voltadas para a redução do tamanho e da capacidade de intervenção do Estado. Nesse contexto, o SUS manteve seu estrutural cenário de crise (TEIXEIRA; PAIVA, 2018, p.452).

Em relação à saúde, as lutas balizaram-se na recuperação dos princípios da Reforma Sanitária e a implementação do SUS, porém esbarraram em dois projetos centrais do governo: a Reforma de Estado e o ajuste macroeconômico. As consequências dessas prioridades foram uma maior desigualdade social, intensificação do desemprego e da violência e consequente piora na qualidade e nas condições de vida (SOARES, 2001).

Após um ano da implementação do plano Real, a questão primordial nas maiores cidades era a crise que o SUS atravessava. A classe média e os trabalhadores com maior nível de renda buscaram o seguro saúde e outras formas de assistência médica supletiva (AMS) conforme os serviços públicos eram arruinados, com a intensificação de sua desqualificação pela mídia. Logo, os usuários, reitera Paim (2008), “apesar do direito à saúde estabelecido na Constituição, eram repelidos no cotidiano dos serviços de saúde pelas filas, maus-tratos, burocratização, humilhações, greves e baixa qualidade dos serviços” (p.206).

Nesse cenário, Campos (1992) assinala que diversos projetos para a saúde se sucediam: o neoliberal, onde a saúde e a doença eram mercadorias dependentes do poder de compra do consumidor, portanto os serviços públicos restavam àqueles que não possuíam capital suficiente; o da Reforma Sanitária, ancorado na Constituição de 1988 e nas leis subsequentes, almejavam a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, dentre outros importantes princípios, ou seja, assegurar a saúde como direito social; e a “reforma da reforma” resumida à reconstrução de sistemas públicos de saúde, pautadas no planejamento, na gestão e nas práticas médicas direcionadas a novos modelos.

Ainda que avanços institucionais tenham transcorrido, as condições sanitárias e a saúde enfrentavam grave crise, pois o setor também estava integrado à política econômica neoliberal implementada pelos governos (federal e estaduais). Estabeleceu-se a dependência

e o aumento das dívidas interna e externa, maiores índices de desemprego, ruptura dos direitos trabalhistas, exclusão social, aumento do adoecimento e da violência, alargando ainda mais as disparidades sociais. Com a proposta de modernização, foi imposta a mínima intervenção nas políticas sociais e o máximo favorecimento ao capital financeiro (nacional e internacional). O presidente restabeleceu o modelo de seguro social, na direção oposta ao estabelecido na legislação, que propunha a construção do SUS. As ambivalências não cessaram (PAIM, 2008).

Iniciou-se um compromisso com a mudança do modelo assistencial por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), através da ampliação das equipes e a regulação dos planos de saúde. O setor privado permanecia independente, fora da gestão pública, e a credibilidade dos serviços públicos seguia abalada. Com a mudança no Ministério da Saúde em 1998, José Serra propôs investir ainda mais no modelo de saúde da família e na modificação da qualidade do atendimento à saúde. Estabeleceu diretrizes para a organização da atenção básica, retomou a responsabilização dos municípios e reordenou o repasse dos recursos financeiros. Conquistas são alcançadas no processo da Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

Por fim, a Lei 9.656/1998 é aprovada e dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Reforçamos que até aquele ano o serviço privado atuava sem qualquer regulação do Estado. A lei determina a possibilidade de participação de grupos internacionais nos serviços privados; a regulamentação dos planos privados ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNPS); a proibição de exclusão por idade ou deficiência física; a limitação da exclusão de condições pré-existentes; o ressarcimento ao SUS através das operadoras; a criação do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e a Câmara de Saúde Suplementar, dentre outros.

Somente quase duas décadas depois da Constituição de 1988, criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através da Lei nº 9.961/2000, popularmente conhecida como “lei dos planos de saúde”. Em seu Artigo 3º, delimitou sua finalidade institucional em “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde” por intermédio da regulação de operadoras, nas relações com prestadores e consumidores. Em teoria, essas ações cooperariam para a expansão das ações de saúde no país. Como observaremos adiante, a saúde suplementar opera de outra forma.

A Reforma Sanitária seguia em curso, avanços como expansão dos serviços e de profissionais, ampliação das unidades de cuidados básicos ambulatoriais, cobertura vacinal e atendimentos clínicos através da consolidação da estratégia de saúde da família foram conquistados, porém as diretrizes fundamentais – universalidade, equidade e qualidade –, ainda não haviam sido implementadas. Paim (2008) destaca a precarização das relações de trabalho no campo da saúde, o deslocamento da gestão dos serviços estatais para as organizações não governamentais e a aceleração do processo de desqualificação da saúde como imposições que prejudicavam os avanços almejados.

Ainda que internamente inúmeras questões permeassem a implementação da Reforma Sanitária como proposta e, com isso, uma mudança de paradigmas na assistência à saúde, em 2001, a Assembleia Mundial de Saúde situou a política de saúde brasileira como referência. Destacou-se diversas ações da atenção primária, tais como, o uso de medicamentos como direito, controle preventivo da AIDS e o tratamento das pessoas contaminadas com HIV, a fabricação de medicamentos com valor reduzido destinados aos países menos desenvolvidos, o enfrentamento ao uso de tabaco e a campanha de aleitamento materno exclusivo até os seis meses da criança (PAIM, 2008).

Assim, ao final do segundo mandato FHC (1995-2003), em relação à saúde, o cenário era de crescimento no alcance da oferta de serviços hospitalares e da atenção primária. Porém, o pressuposto central de uma mudança na cultura por meio da saúde, como eixo de transformação, modificações nas políticas e não apenas organização do SUS, permanecia sem avanços significativos. A promoção da justiça social e de uma cultura de paz ainda se mantinha distante (ABRASCO; CEBES, 2002). As esperanças se renovavam com a eleição presidencial seguinte.

Luiz Inácio Lula da Silva venceu as eleições presidenciais e assumiu a Presidência da República em 2003, foi reeleito e permaneceu até 2010. Em seu primeiro mandato, ainda com a falta de recursos para ampliação das intervenções, priorizou-se a superação da fragmentação das ações e uma nova estrutura no Ministério da Saúde. O foco era na “integração da atenção básica com a assistência especializada e hospitalar, destaque para recursos humanos e atenção para os insumos estratégicos e desenvolvimento científico e tecnológico, além de prioridade para a gestão democrática.” (MENICUCCI, 2011, p.524-526).

Alguns planos inovadores foram instituídos, como políticas de saúde bucal, criação do serviço de urgência móvel (SAMU) e o Programa Farmácia Popular, que, através de uma rede de drogarias credenciadas, vendia medicamentos com até 90% de desconto, por meio de financiamento estatal. O avanço da rede básica ocorreu por meio do Programa Saúde da Família e ampliação das equipes de saúde. Dentre os avanços podemos destacar o reajuste de recursos do piso para atenção básica; expansão dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de forma a impulsionar a Reforma Psiquiátrica, como objetivo da desospitalização; e a busca pela mudança de paradigma na saúde, com projetos que priorizavam o acolhimento e a humanização (MENICUCCI, 2011).

Uma das grandes prioridades no primeiro governo Lula (2003-2006) foi a assistência farmacêutica e a ampliação do fornecimento gratuito de medicamentos. Criou-se a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED) e regulou-se os valores dos produtos. Houve intensificação de apoio aos laboratórios oficiais; isenção de impostos de medicamentos de alto custo, e incentivo aos medicamentos genéricos. Outro importante destaque foram as ações direcionadas a grupos específicos (mulheres, idosos, trabalhadores, quilombolas, indígenas, assentados, entre outros) que afloraram como estratégia da universalização proposta desde a Constituição de 1988 (COHN, 2005).

Em relação à gestão do SUS, ressalta-se o Pacto pela Saúde, que trouxe importantes transformações. De acordo com Menicucci (2011), trata-se de “um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão” (p.525). Por meio de três pilares, reforçou-se a gestão pública e o estabelecimento de prioridades; o financiamento adequado à saúde, através da mobilização social; e a definição das normas e dos compromissos de cada área do governo, consolidando a gestão e os gestores.

Em seu segundo mandato, Lula reafirma a continuidade dos projetos e programas em saúde e manutenção do foco na atenção básica. Houve uma aposta no incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico para a produção de equipamentos, vacinas, medicamentos e hemoderivados (MENICUCCI, 2011). Em 2007, José Gomes Temporão, associado ao movimento sanitário, assume o Ministério da Saúde. As propostas deslocam-se para a articulação entre os determinantes sociais de saúde e a política de saúde, portanto,

não bastava apenas ampliar os serviços, mas aumentar a qualidade e intervir nos determinantes sociais das doenças.

Outro aspecto que merece destaque foi a articulação da saúde ao desenvolvimento, inserida como um dos fundamentos para a evolução industrial. Ou seja, as ações de saúde são introduzidas na política de desenvolvimento, unindo o crescimento econômico ao desenvolvimento e à igualdade social. Além disso, segue a ampliação da Estratégia Saúde da Família, prioridade do governo, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) como recurso para a ampliação das abordagens e ações das ESFs (Equipes Saúde da Família). Estes dispunham de atendimento multiprofissional, através de equipes formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros (MENICUCCI, 2011).

Há um investimento em diversas políticas que impactam a saúde da população, além da garantia de acesso aos serviços e ações específicas do SUS. Ressaltamos a segurança alimentar e a introdução da alimentação como direito social; o programa de transferência de renda com objetivo de combater a fome e a miséria, de forma a emancipar as famílias em situação de extrema pobreza; e as intervenções da área de saneamento e habitação, melhora do acesso a água, saneamento básico, banheiros no interior das moradias, e com a consequente promoção de condições mais dignas de moradia.

No último trimestre de 2008, mais uma crise político-econômica assola o país. Restrições orçamentárias foram necessárias, mas ainda assim os recursos destinados à saúde foram mantidos. Portanto, no governo Lula, podemos assinalar um importante avanço na concepção do direito à saúde. Ela não se restringiu apenas ao acesso aos serviços, mas envolveu todos seus condicionantes (meio ambiente, trabalho, saneamento, alimentação e educação). As políticas públicas se voltaram à promoção e manutenção da saúde (individual e coletiva) buscando evitar os agravos, amplamente nesses oito anos, porém algumas questões importantes permanecem.

A regulação das condições do financiamento à saúde segue em constante conflito. Permanece uma política de saúde controversa e segmentada, atravessada por serviços privados com incentivos governamentais, em um cenário de escassez de recursos para o sistema de saúde pública. A dificuldade ao acesso na rede privada devido sua distribuição desigual se mantém. A ausência de regulação produz insuficiência e

desigualdade, além do encarecimento dos serviços. A universalidade e equidade ainda não são aplicadas no SUS.

Paralelamente, observou-se uma expressiva expansão financeira na saúde suplementar entre os anos de 2003 e 2008. Mudanças ocorreram através da abertura de capital das empresas de planos de saúde e laboratórios de análises clínicas, além de fusões e aquisições. O setor é impulsionado mediante algumas medidas do governo, como juros altos, liberdade do movimento de circulação de capitais e corte dos gastos públicos, ressaltando Bahia (2012).

Diversas formas de participação do setor privado no sistema público de saúde são verificadas nesse período. O lucro e os investimentos foram acentuados para as empresas de medicina de grupo, seguradoras e cooperativas médicas (Unimed), justificadas pelo aumento da clientela, aquisição ou construção de empresas e estabelecimentos de saúde. As estratégias de expansão passaram a incluir as redes próprias e vigoraram nos segmentos sociais com maior *status* socioeconômico. Iniciou-se a aquisição de hospitais considerados com tecnologia de ponta, além do financiamento de planos de saúde para os servidores públicos através de seus respectivos governos: federal, estaduais ou municipais (BAHIA, 2008).

Lula mantinha altos níveis de aprovação e, com isso, seu partido indicou Dilma Rousseff (2011-2016) como candidata à Presidência da República. A promessa era dar sequência aos avanços, manter as transformações que ocorriam no país. Em relação à saúde, a mesma questão entre financiamento e gestão permanecia. O cenário internacional era instável devido à crise econômica que assolava diversos países desde 2008. Em seu governo, Dilma Rousseff se deteve na contenção de gastos públicos, portanto o subfinanciamento no setor da saúde permaneceu, assim como o crescimento e a consolidação do setor privado. Os planos e seguros privados de saúde se ampliaram e integraram tecnologias de alto custo. O setor segue financiado pelo Estado e o SUS extremamente dependente desses serviços (REIS; PAIM, 2018).

Desde o início de sua gestão, as políticas de saúde se mantiveram, houve expansão nos serviços de atenção primária. O orçamento destinado à saúde seguiu com percentuais mínimos nos estados e municípios em relação ao governo federal, e a mesma forma de financiamento dos 12 anos anteriores permaneceu. A falta de recursos

necessáriosse manteve como um problema a ser superado e se intensificou quando o Congresso Nacional não aprovouvalores adicionais ao sistema público de saúde, equivalente a 10% do orçamento federal.

Investimentos em diversas áreas seguiram.Destacamos a política industrial, tecnológica e de comércio exterior; de desenvolvimento produtivo; e planos de ações para enfrentar doenças crônicas não transmissíveis com o objetivo de reduzir a mortalidade prematura por determinadas doenças como câncer e diabetes. Programas e políticas públicas seguem em implantação, como o da valorização dos profissionais da atenção básica– com o intuito de reduzir as desigualdades entre as regiões do país, os profissionais receberam incentivos para trabalharem em regiões mais carentes –;política de alimentação e nutrição, entre outros. Nesse mesmo período, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi criada e um acentuado descontentamento emergiu, além de questionamentos quanto à administração pública dos hospitais universitários, diferentes formas de gestão e sua natureza pública(REIS; PAIM, 2018).

No final do ano de 2013, em um contexto de manifestações populares, o governo encaminhou a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 358, que alterou o financiamento para a saúde em 15% da receita. A mudança foi aprovada de forma parcial no ano seguinte. Na segunda metade de seu primeiro mandato, o favorecimento ao setor privado se torna manifesto no Congresso Nacional, conformeenumeram Reis e Paim (2018)

- 1) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013); 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP nº 627; 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; 7) a proposta de perdão de R\$ 2 bilhões para empresas de planos de saúde, entre outros. (p.106)

Destacamosa PEC 451/2014, elaborada pelo deputado federal Eduardo Cunha, que se propunha a alterar a Constituição Federal.O documento incluía os planos de assistência à saúde, que deveriam ser ofertados pelo empregador resultante do vínculo empregatício, e viabilizava a utilização dos serviços de assistência médica. Já a Medida Provisória (MP) 656/2014 propunha reajustar a tabela de gastos. Dessa forma, os retrocessos em relação a

Reforma Sanitária e de um sistema único público de saúde são fortalecidos, pois confrontavam a saúde como um direito garantido a todos e de responsabilidade do Estado.

No segundo mandato de Dilma Rousseff, iniciado em janeiro de 2015, o momento era de significativo ajuste fiscal. Dessa forma, alterou-se alguns importantes direitos conquistados pelos trabalhadores e acelerou-se o desmonte do sistema público de saúde, através do favorecimento ao capital estrangeiro nas ações e cuidados de saúde. Os interesses dos hospitais privados, empresas farmacêuticas e operadoras de plano de saúde foram conquistados por meio do que se tornou a Lei 13.097/2015.

A alteração do Artigo 23 da Lei 8080/1990 permitiu a participação, assim como o controle, de empresas ou do capital estrangeiro na assistência à saúde, através de diversas formas de atuação incluiu “pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar” hospitais gerais, especializados, filantrópicos, policlínicas, clínica geral e especializada; além de ações e pesquisas voltadas ao planejamento familiar. Os serviços de saúde sem finalidade lucrativa que fossem mantidos por empresas voltadas ao atendimento de empregados e dependentes não sofreriam nenhum ônus para a seguridade social, outros casos previstos em lei específica também foram incluídos, portanto, não foi estabelecido um limite para a atuação da iniciativa privada na participação no campo da saúde suplementar.

Como efeito, o SUS se torna cada vez mais dependente do setor privado. Ações foram desenvolvidas, políticas foram criadas e houve um avanço na descentralização, os estados e municípios tornaram-se mais atuantes. Porém, a mercantilização gradual e estrutural incluiu novas formas de gestão: as OSs (Organizações Sociais), as Parcerias Público-Privadas (PPP) e, como já havíamos mencionado, a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o que acentuou a precarização do trabalho, com a dificuldade de manter os profissionais de saúde devido a sua desvalorização. O resultado foi a saúde pública mais uma vez comprometida e explorada (REIS; PAIM, 2018).

O Legislativo defendia os interesses do mercado de saúde e desmontava gradativamente os direitos sociais ao permitir a exploração (termo utilizado em lei) dos serviços de saúde. O descontentamento popular se alargou e inúmeros protestos sucederam no país. O Congresso Nacional tornou-se protagonista nesse momento de intensa crise política e econômica. A presidenta perde sua base parlamentar, o discurso dominante, de que o Estado causava a crise econômica e social, ganha força, culminando no golpe de

2016 e ao *impeachment* da presidente Dilma Rousseff. Um enorme retrocesso em diversos setores, incluindo o da saúde, se alastra.

Mais uma vez na história da Nova República, o então vice-presidente Michel Temer tomou a Presidência (2016-2018), resgatou o modelo neoliberal e conservador no governo, trazendo de volta a lógica de privatizações. O período de seu governo, conforme Costa et al. (2020) organizou-se em dois eixos: combate às políticas sociais, causando fragilização dos direitos dos trabalhadores, e o desmonte do Estado, característico do modelo econômico (o qual trataremos no próximo capítulo). Sua primeira grande Reforma, sustentada no discurso de que a crise econômica advinha de um excesso de gastos públicos, é a Emenda Constitucional 95/2016. O texto alterou por 20 anos o regime fiscal, conseqüentemente gerando um impacto devastador no SUS e nas políticas públicas, uma vez que a seguridade social estava inclusa. Limitou-se ainda mais os gastos e repasses à saúde e o funcionamento dos serviços públicos e de proteção social previstos desde a Constituição de 1988 foram inviabilizados. Seu esforço inicial deteve-se em conter os gastos públicos, porém manteve a baixa taxa de renda e o patrimônio da parcela mais rica da população e de grandes empresas, evidenciando a disputa política nesse aspecto. A desigualdade social se intensificou.

A saúde foi uma das áreas mais afetadas nesse período. Diversas declarações no decorrer de sua gestão afrontaram os princípios constitucionais do SUS, como a revisão de sua amplitude ou que os direitos sociais garantidos na CF 1988 não eram previstos no orçamento público, portanto, seria necessária sua correção. Progressivamente, a saúde se transforma em mercadoria, e não mais em direito social, com a justificativa de priorizar o orçamento em detrimento da qualidade de vida e saúde da população.

Também teve início a Reforma da Previdência, concluída após alguns anos, que trouxe modificações em suas regras, como o aumento do tempo mínimo de contribuição e de trabalho, intensificando um cenário de intensa precarização dos vínculos trabalhistas. Em 2017, ocorre também a Reforma Trabalhista na qual “reduziram diversos direitos, flexibilizando regras de terceirização, formalizando vínculos precários e garantindo o protagonismo da negociação direta entre empresários e trabalhadores.” (COSTA et al., 2020, p.137). A economia permanece estagnada, a taxa de desemprego se

mantém alta e a precarização dos vínculos de trabalho se acentuam com a retirada cada vez maior do Estado em prol do capital.

Ricardo Barros, Ministro da Saúde em 2016, apresentou como proposta de contenção de crise a criação de planos de saúde populares, retirando do Estado a necessidade de prover o que estava instituído em lei. Apesar de não ter sido aprovada, a proposta evidencia os interesses nesse mercado privado. A saúde suplementar, já em ascensão, buscava sua oferta irrestrita em procedimentos e utilização, sem ressarcimento, da rede pública ou privada contratada pelo SUS na oferta de procedimentos mais custosos. Portanto, tendo como objetivo, mais lucro.

Em vista disso, as reformas após o golpe foram centradas em reduzir estruturalmente os serviços públicos, e quem passa a reger é o mercado, tanto na economia quanto na sociedade. Com a contenção dos gastos públicos por 20 anos, por meio de uma rígida regra fiscal, impõe-se a necessidade de ajustes contínuos, submetendo o país ainda mais à regulação do mercado. Reduz-se a participação do Estado, que se torna incapaz de atender às necessidades de melhoria dos serviços públicos (COSTA et al., 2020).

Na esteira do assombroso retrocesso desde 2016, Jair Messias Bolsonaro toma posse em 2019, após uma intensa polarização nas eleições do país. O desmonte do SUS, iniciado nos dois anos anteriores, se intensifica com a redução do financiamento, aumento das parcerias público-privadas e o fim do Programa Mais Médicos. Decide-se pela suspensão dos contratos e a consequente desassistência para a população que era coberta.

O caos também prevalece na gestão do Ministério da Saúde, que contou com quatro ministros: Luiz Henrique Mandetta (janeiro de 2019 - abril de 2020), médico associado ao setor de seguradoras de saúde; Nelson Teich (abril - maio de 2020), médico e empresário do setor de saúde; Eduardo Pazuello, militar, sem formação na área da saúde (maio de 2020 – março de 2021); e Marcelo Queiroga (março de 2021 – dezembro de 2022), médico cardiologista também associado ao setor de seguradoras de saúde. Em janeiro do ano de 2022, anunciou-se que pretendia liberar o acesso a dados de clientes entre os planos de saúde. Essa medida favorece os empresários do setor de saúde suplementar, pois permite que as empresas escolham os clientes facilitando a venda de planos específicos para a população (BAHIA; SCHEFFER, 2022). Importante salientarmos que os três ministros

foram destituídos devido aos conflitos em meio à pandemia de Covid-19 (iniciada em março de 2020 no país), principalmente devido ao não enfrentamento e à negação dos fatos científicos por parte do Presidente. Isso resultou em uma ausência de políticas públicas diante de uma pandemia devastadora e com índices exorbitantes de mortes.

Diante do cenário catastrófico trazido pela pandemia, a saúde, setor já profundamente afetado devido ao intenso desmonte nos últimos anos, é bastante impactada. O trabalho incansável dos profissionais de saúde e das instituições de pesquisa persistiu, apesar do governo ter priorizado o capital diante da vida, banalizando, minimizando, descredibilizando os setores e servidores públicos, especialmente nas áreas da saúde e da educação.

1.3 O modelo estadunidense: o imperativo do lucro

Nos Estados Unidos, a saúde é considerada uma responsabilidade individual, partindo do princípio de que todos podem se inserir no mercado de trabalho e adquirir um plano privado. O Estado é eximido de garantir a saúde de sua população, prevalece o ideal de liberdade de escolha a partir de suas preferências, determinadas pela situação financeira (SILVA, 2003). A história da saúde naquele país, como assinala Pegoraro (2013), se fundamentou em iniciativas locais, financiadas por recursos privados. O sistema de saúde nunca se propôs a ser universal ou ainda uma responsabilidade do Estado. Predomina o sistema privado, marcando uma profunda desigualdade no acesso aos serviços

Cabe ressaltar que os EUA se organizam politicamente em um sistema federalista, em que os estados exercem uma autonomia na elaboração de leis e formas de ordenação dos estados. Assim, distintas coberturas de saúde e regulação dos convênios médicos são ofertadas de acordo com as leis estaduais. Em geral, é através do trabalho que se obtém assistência médica, caso o empregador forneça auxílio. Entretanto, uma significativa parcela da população não possui recursos financeiros para adquirir ou receber esse tipo de benefício, a escolha da compra de um seguro de saúde não se faz possível para todos.

A construção desse modelo, desde o século XVIII, foi estabelecida por uma rede hospitalar mantida por comitês comunitários (laicos) administrados pelos estados e municípios, raramente pelo governo federal. Somente no fim desse século, surgem os

primeiros hospitais privados com fins lucrativos, porém eles destinavam alguns serviços à população carente, dessa forma recebiam isenção de tributos e subsídios do governo(NORONHA; UGÁ, 1995).

Ainda de acordo com os autores, desde o fim do século XIX, há uma separação entre medicina preventiva e curativa no país. Assim, cabe ao Estado as ações de controle de doenças transmissíveis, serviços diagnósticos e educação em saúde. Já ao setor privado, cabe a prestação de serviços e seu acesso. No século XX, as indústrias e empresas iniciaram a contratação de serviços médicos para garantir a saúde, logo a produtividade, de seus trabalhadores. Para isso, descontava-se um valor de seus salários. No fim daquele século, os médicos se organizam e criam as primeiras medicinas de grupo, consolidam a lucratividade da prática médica, assim como a oferta de serviços hospitalares. Ambos mediante pagamento de uma taxa fixa anual ou mensal por pessoa.

Ao fim da Segunda Guerra Mundial, com a progressiva expansão desses modelos assistenciais à saúde, outro tipo de empresa ingressou no mercado: a securitária. Diferenciava-se pela oferta de seguros saúde em que o usuário é reembolsado pelo que é gasto em atenção médica e/ou hospitalar, de acordo com a escolha contratada. Ou seja, somente através da utilização ocorria o pagamento. Esse modelo foi ampliado e expandido à população que não apresentava renda suficiente para adquirir os outros serviços existentes. Essas seguradoras também conquistaram progressivamente os planos de seguro destinados aos trabalhadores de empresas, devido à variedade que apresentavam em seus serviços(NORONHA; UGÁ, 1995).

Os seguros de saúde rapidamente conquistaram espaço na sociedade estadunidense, pois além de atender em interesses das empresas, através de isenções tributárias, também beneficiavam os trabalhadores, já que estes não tinham um sistema de saúde pública acessível o qual recorrer. A saúde se associa ainda mais ao capital e à produtividade, sendo gerida pelas leis do mercado. Até aquele momento, permaneciam excluídos os que não faziam parte do mercado de trabalho.

Assim, desde 1965, dois programas com intervenção estatal foram criados: o *Medicare*, voltado aos idosos a partir de 65 anos, pessoas com deficiências, doença renal em estado terminal ou esclerose lateral amiotrófica (ELA); e o *Medicaid*, administrado pelos estados, de acordo com as regras federais, dedicado à população em situação de

vulnerabilidade (adultos de baixa renda elegíveis, crianças, grávidas, adultos com idade mais avançada e pessoas com deficiências).O primeiro foi criado como seguro social, responsabilidade do Estado e o segundo, como política assistencialista, para sua vinculação necessitava-se de comprovação da situação de vulnerabilidade.Podemos observar que se dedicam àqueles que não tem condições de competir no mercado de trabalho e, portanto, carecem do suporte do Estado (NORONHA; UGÁ, 1995).

O programa *Medicaid* de responsabilidade dos estados, porém é financiado com recursos federais. Os repasses variam de acordo com seus índices de vulnerabilidade populacional (situação de pobreza). Os serviços vinculados ao Programa são prestados em hospitais privados contratados pelos governos estaduais, seu alcance e suas diretrizes variam de acordo com o repasse federal e as leis estaduais.

Já o *Medicare* é responsabilidade do governo federal, apresentando diretrizes nacionais em relação ao financiamento e benefícios ofertados. Dedicar-se à cobertura médico-hospitalar dos aposentados (desamparados pela coberturados seguros de saúde, uma vez que esses só se aplicam aos trabalhadores contribuintes, em exercício), além de pessoas com doenças renais terminais e ELA. A assistência é prestada por hospitais privados contratados do governo ou organizações de medicina de grupo, *managed health care*, como as *Health Maintenance Organizations* (HMOs) e as *Preferred Providers Organizations* (PPOs).Existem algumas formas de adesão, que se dividem em Parte A e Parte B: a primeira obrigatória e com sistema de coparticipação dependendo do serviço utilizado, expressa determinados valores pré-fixados por serviço, por exemplo, internação, ou seja, paga-se inicialmente um valor; já a segunda é complementar, a adesão é voluntária, trata-se de seguro médico, alguns serviços de alto custo são inclusos. Também há uma forma de adesão através do modelo de coparticipação ao utilizar os serviços.

O setor público apresenta-se de forma fragmentada e voltada a grupos específicos, além dos já mencionados anteriormente, há também programas dedicados ao controle, vigilância (como aos usuários de álcool e outras drogas), aos veteranos de guerra, dentre outros. O governo federal se responsabiliza pela gestão e financiamento destes, já a prestação dos serviços é responsabilidade de instituições privadas, com sistema organizado pelos estados, devido à sua autonomia. Portanto, o setor privado é hegemônico na prestação de serviços assistenciais à saúde de forma direta ou indireta através de “instituições de

natureza diversa, organizadas e inter-relacionadas por meio de uma enorme multiplicidade de arranjos administrativos e financeiros” (NORONHA; UGÁ, 1995, p.189).

Em março de 2010, o presidente Barack Obama propôs a obrigatoriedade de cobertura de plano de saúde para toda a população estadunidense até 2014. Através da Lei de Proteção ao Paciente e Cuidados Acessíveis (*Affordable Care Act, ACA*), conhecida como *Obamacare*, ampliou-se o acesso da população à saúde. A lei traz alguns pontos relevantes: cobertura privada de saúde para toda a população, sob pena de multa; oferta de subsídios do governo aos que não podem pagar pelo serviço; permanência de jovens até 26 anos como dependentes do plano de saúde de seus pais; inclusão gratuita de determinados exames preventivos nos planos de saúde, como mamografia; ampliação e melhoria de qualidade dos serviços do *Medicaid*; fica proibido às seguradoras negarem serviços às pessoas com condições/riscos de saúde pré-existentes. Há um fortalecimento do Estado na provisão de projetos sociais, pois após a grave crise econômica de 2008 muitos perderam acesso à saúde (PEGORARO, 2013). Ressaltamos a forte dependência do acesso à saúde ao emprego, além da dependência do setor de saúde ao crescimento econômico e aos índices de empregabilidade.

Com essas mudanças na legislação, os serviços ofertados pelas autoridades sanitárias passaram a ser regulados. Estes tinham valores acessíveis, assim, o acesso de pequenas empresas e da população com menores recursos financeiros foram ampliados. Houve o fortalecimento da atenção primária. Também é importante destacar que os serviços hospitalares de emergência não podem, desde então, ser negados em instituições que fazem parte do *Medicare*, mesmo quando não houver condição financeira do paciente em pagar pelos serviços. Nesses casos, as despesas são assumidas pelos hospitais e divididas entre os seguros e planos de saúde, além dos pacientes particulares, como assinalam Pinto, Garcia e Gonçalves (2020).

Em 2017, após assumir a presidência, Donald Trump fez algumas modificações no ACA e instituiu o *Trumpcare*. Retirou alguns incentivos à ampliação do acesso à saúde, como o pagamento de taxas para quem não for segurado e a obrigatoriedade de pequenas empresas fornecerem acesso à saúde; reduziu o repasse ao *Medicaid* (dessa forma, impediu sua expansão) e a contribuição dos trabalhadores e empregadores, afetando seu avanço. Em suma, tornou o sistema de saúde mais caro e menos acessível.

Joe Biden – atual presidente em exercício desde 2021 – desfaz o legado de Trump, restaurando a ACA, lei da qual participou da elaboração. Retoma a expansão dos seguros de saúde para a população, obtendo e ampliando a cobertura de saúde durante a pandemia do COVID-19. Além disso, revogou normas que proibiam o aborto, reabriu prazos para a contratação de seguros subsidiados pelo Estado, facilitou a venda de seguros de curta duração, dentre outras medidas.

Assim, apesar do sistema de saúde estadunidense ser um dos mais avançados do mundo em relação à tecnologia e formação profissional, a maior parte da rede hospitalar é privada, embora receba financiamento federal e/ou estadual. Até mesmo as associações sem fins lucrativos são vinculadas a grandes empresas médicas. Os gastos em saúde são vultuosos, porém não contemplam boa parte de sua população, além da falta de investimento em atenção primária (preventiva). Devido aos altos custos dos tratamentos, uma parcela significativa da população busca os serviços apenas quando sua saúde já está em risco. O acesso à saúde é fragmentado, descentralizado e insuficiente para sua população, além de intimamente ligado ao vínculo de trabalho.

1.4 O modelo inglês: um sistema público nacional

Há mais de 400 anos, existem formas de provisão do Estado para a saúde e assistência social na Inglaterra. Inicialmente, as principais fontes de cuidados eram as ordens religiosas, principalmente os mosteiros, que destinavam seus atendimentos aos necessitados, enfermos e idosos. Porém, após a criação da Igreja da Inglaterra (*Church of England*), em 1543, o Rei Henrique VIII rompeu com a Igreja Católica e a população mais vulnerável ficou desassistida. A partir de 1601, no reinado de Elisabeth I, criou-se a *Poor Law*, que designava aos asilos a assistência aos carentes e doentes, além de promover um sistema de suporte domiciliar a essa população (GREENCROSS; GRANT; COLLINI, 1999).

Com o passar dos séculos, mudanças ocorreram e os asilos foram substituídos por outras instituições (*workhouses*), que forneciam acomodação aos mais vulneráveis socialmente, órfãos, idosos e doentes. Esse novo sistema evidenciou a necessidade de separar os tratamentos de acordo com as suas especificidades. Com os avanços da medicina,

a vulnerabilidade social passa a não ser tratada como doença. Assim, a forma de promover a saúde foi modificada, estados e municípios criaram hospitais para doenças infecciosas e instituições para tratamento de saúde mental e deficiências físicas. Surgiram também hospitais voluntários administrados pelos governos, voltados a doenças agudas e que não demandavam tratamentos a longo prazo. Já nessa época, a assistência médica era prestada por especialistas visitantes que atuavam em consultórios particulares.

Paralelamente, os serviços de atenção primária e comunitária se desenvolveram sob a responsabilidade dos governos locais. A partir do século XX, é fundado o serviço de médicos de família através do modelo de seguros, portanto pagos, que atendiam a todos os homens trabalhadores, mas não abrangiam membros da família ou dependentes.

Com a iminência da Segunda Guerra Mundial, em 1938 criou-se o serviço de emergência médica, considerado o primeiro passo para um sistema de saúde nacional. Em 1948, afetados pelas causalidades do pós-guerra, o *Labour Party* (Partido Trabalhista, tradução livre) criou o *National Health Service* (NHS). Pela primeira vez, um governo do Reino Unido assume a responsabilidade pelas ações de saúde preventivas e curativas de toda a população. Os serviços ofertados pelo NHS são financiados predominantemente através da arrecadação de impostos, garantindo seu livre acesso, independentemente de sua condição socioeconômica. Existe um sistema privado adjacente que amplia ou reduz sua atuação de acordo com a economia do país.

Desde seu surgimento, o NHS centrou-se no *General Practitioner* (GP), médicos da atenção primária que inicialmente eram pagos de acordo com o número de pacientes que faziam parte de sua “carteira” de atendimentos. Eles forneciam serviços ambulatoriais e eram a porta de entrada para a regulação da rede de saúde. Os pacientes só podiam estar associados a um GP e a maior parte dos leitos estavam em hospitais públicos (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Questões relacionadas ao financiamento do sistema ocorrem constantemente, de acordo com a situação político-econômica do país. Temas como a responsabilidade e efetividade do sistema também sucedem, diretamente relacionados com o governo vigente (conservador, liberal, trabalhista etc.). Entretanto, apesar das críticas, o financiamento segue mediante taxação de impostos à população, contando também com uma pequena contribuição do sistema de Seguridade Social, de modo a garantir seu uso universal,

gratuito, abrangente e uniforme(SHEARD, 2011). O único gasto da população é o pagamento de uma taxa simbólica por prescrição.

A saúde privada ocupa principalmente os setores ambulatoriais, tratamento odontológico e cirurgias eletivas no Reino Unido, devido a fatores como tempo de espera e mudanças nas condições de trabalho. As empresas passaram a ofertar seguros privados de saúde como benefícios aos empregados que atualmente atingem pouco menos de 15% da população, apesar de ampla cobertura e resolutividade do sistema público nacional(TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Portanto, podemos ressaltar que o NHS se fundamenta nos princípios da equidade e da universalidade, de forma a abranger toda a população indistintamente. Seu financiamento é estatal com participação da população, via tributos, logo, entende-se que a saúde deve ser garantida pelo Estado, mas com participação dos cidadãos, para garantir o acesso gratuito aos serviços. Sua ampla resolutividade e centralização na atenção primária apontam para a importância do tratamento preventivo e constante. A construção do sistema de saúde como um patrimônio cultural que deve ser mantido, uma conquista que deve ser assegurada, tem importantes reflexos na população e nas decisões políticas sobre o seu financiamento e investimento. Como consequência, Dominguez (2010) afirmam que o NHS é um dos maiores empregadores do mundo, pois não há espaço para a saúde privada.

1.5 O modelo canadense: medicina socializada⁸

A organização do sistema de saúde canadense é determinada principalmente pela Constituição em que estão divididas as atribuições entre os governos: federal, provincial e territorial. As províncias e os territórios se responsabilizam por fornecer os serviços de assistência social e de saúde. Já o Estado se responsabiliza diretamente apenas por alguns grupos: povos nativos, militares e veteranos das Forças Armadas, detentos, refugiados e os

⁸ As informações contidas nesse tópico foram retiradas do site oficial do governo do Canadá, na seção sobre o sistema de saúde. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>

Inuit (povos indígenas que habitam as regiões árticas da Groenlândia, Canadá e Alasca). Seu financiamento ocorre a partir da taxação de impostos (cidadãos, empresas etc.), entretanto, não há limitação para o acesso aos serviços de emergência.

O Ato Constitucional de 1867 estabeleceu as responsabilidades em relação aos serviços de saúde. Às províncias foram designadas o estabelecimento, a manutenção e o agenciamento de asilos, hospitais e instituições de caridade, enquanto o governo federal se responsabilizou por *marine hospitals* e operações de quarentena. Até 1919, o Ministério da Agricultura gerenciava e financiava as questões de saúde da população, porém mantinha a autonomia das províncias.

Antes da Segunda Guerra Mundial, os serviços de saúde eram majoritariamente financiados e prestados pela iniciativa privada, porém em 1947, Saskatchewan foi a primeira província a introduzir um plano de cuidados hospitalares universais. Nos anos seguintes, outras províncias adotaram modelos similares, o que resultou em 1957 no *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*, que fornecia reembolso ou pagamento parcial para serviços hospitalares e diagnósticos específicos. Quatro anos depois, todas as províncias instituíram o financiamento público desses serviços.

Em 1966, o governo federal criou o *Medical Care Act*, onde passou a financiar metade das despesas dos serviços médicos, também extra-hospitalares, e manteve a autonomia das províncias. Em seis anos, todo o país contava com esse serviço. Nas décadas seguintes, a forma de financiamento entre Estado e províncias sofre pequenas alterações que não impactam a cobertura à população.

Assim, a legislação federal (*Canada Health Act*) foi promulgada em 1984, substituindo as anteriores e consolidando seus princípios, através dos critérios de: portabilidade, acessibilidade, universalidade, *comprehensiveness* (abrangência, em tradução livre) e administração pública. Proibiu-se a cobrança de custos adicionais ou taxas por usuário para utilização dos serviços de saúde.

O princípio da administração pública diz respeito à operação do plano de saúde de uma província que ocorre através de um órgão público, associado ao governo provincial de forma não lucrativa. A abrangência institui a inclusão dos serviços de saúde necessários (internação, medicamentos, exames etc.). Os casos crônicos também estão previstos, porém podem exigir pagamentos de taxas extras. A universalidade do sistema estipula o

direito de toda população ter acesso aos serviços enquanto a acessibilidade determina a facilidade de utilização dos serviços médico-hospitalares, além da proibição de entraves ao atendimento. O direito ao acesso dos serviços de saúde pública ocorre em todo o território, devido ao princípio da portabilidade (DOMINGUEZ, 2010).

O sistema de saúde canadense prioriza a atenção primária, com isso todos os cidadãos são acompanhados por um *family doctor* (médico de família, tradução livre) e, somente quando necessário, são encaminhados aos especialistas. As *walk-in clinics* são locais onde se realizam os atendimentos não emergenciais, funcionando também como um organizador da rede, e os hospitais responsabilizam-se por atendimentos emergenciais. Os médicos são trabalhadores autônomos, determinam sua agenda e locais de trabalho, arcam com os custos de espaço e recursos necessários. O governo financia o serviço prestado por procedimento ou consulta, em geral a partir da negociação entre províncias e associações médicas locais, com durabilidade de dois a quatro anos. Poucos são os profissionais (médicos) que atuam apenas fora do sistema de saúde público (BRANDÃO, 2019; SANTOS; MELO, 2018).

O *Medicare* é singular em cada província (dez) ou território (três), portanto, há uma pluralidade de sistemas onde seu funcionamento e cobertura ocorrem de acordo com as especificidades do território, norteados pelo governo federal. Os governos locais são responsáveis por estabelecer as prioridades da população assistida, alocar os recursos recebidos, conceder licenças, cadastrar e regular os profissionais. Além disso, controla custos e avalia o atendimento a nível hospitalar e prestam serviços assistenciais não obrigatórios como clínicas dentárias e oftalmológicas, serviços de outros profissionais da saúde, *home care*, reabilitação e fornecimento de medicações (SANTOS; MELO, 2018).

Os seguros de saúde privados estão disponíveis para aquisição da população em geral e em forma de planos empresariais (vinculados a um emprego formal). Estes não podem concorrer com os serviços oferecidos pelo *Medicare*, porém podem competir no mercado de serviços que não são obrigatoriamente fornecidos pelo sistema, como quartos privativos em internações hospitalares, cirurgias estéticas etc. Dessa forma, pode-se afirmar que no Canadá o setor privado é complementar ao que é oferecido pelo governo

central, uma vez que este setor é presente apenas em questões de menor relevância para a saúde da população.

Ao percorrermos o histórico da construção dos modelos assistenciais à saúde no Brasil, podemos identificar que a saúde suplementar incessantemente esteve presente, recentemente com maiores incentivos à sua ampliação. A iniciativa privada sempre foi incentivada por meio do ideal de que o Estado não seria capaz de financiar a saúde para toda população. A saúde no país se constituiu segmentada e destinada aos trabalhadores, que eram considerados importantes para o desenvolvimento econômico do país.

A partir da Constituição de 1988, através dos movimentos populares, e consequentemente com a criação do SUS, idealizava-se um modelo mais igualitário, universal e integral, no qual a saúde fosse garantida pelo Estado. Porém, o que observamos atualmente é a continuação e intensificação do processo de ampliação das empresas privadas que fornecem serviços de saúde devido aos escassos repasses das diferentes esferas de governo. Recentemente, em 2016, uma emenda constitucional que congelou os gastos em saúde e educação reforçou as prioridades econômicas do Estado.

Ao investigarmos a forma como outras sociedades, consideradas mais desenvolvidas do que a brasileira, construíram seus modelos assistenciais, percebemos a estreita relação entre saúde e modelos econômicos. Os Estados Unidos da América, apesar de serem uma das maiores potências mundiais, contam com uma das menores coberturas estatais de saúde. Sua população depende principalmente de vínculos empregatícios para ter acesso aos serviços básicos assistenciais. Já a Inglaterra e o Canadá investem em atenção primária, acesso universal e igualitário para toda sua população, apesar das diferenças entre os países. Esse formato também visa reduzir maiores gastos com serviços hospitalares de urgência, emergência, longa permanência, exames, cirurgias etc. Dessa forma, os serviços essenciais são garantidos pelo Estado e os demais são efetivamente suplementares.

No próximo capítulo discutiremos os sistemas político-econômicos capitalismo e neoliberalismo, suas relações com a construção da sociedade, a conceituação de saúde e o mal-estar que se intensifica progressivamente através das contribuições psicanalíticas. Continuaremos desenvolvendo a hipótese da transformação da saúde em mercadoria, potencializada durante a pandemia de COVID-19.

2 NEOLIBERALISMO E PSICANÁLISE

Após investigarmos os modelos de atenção à saúde, principalmente o histórico brasileiro, pudemos perceber a profunda relação entre os modelos socioeconômicos e a construção da assistência no país. Nesse capítulo, iremos tratar dos sistemas político-econômicos capitalismo e neoliberalismo, sua articulação com a psicanálise e a construção da teoria dos discursos em Lacan para que possamos avançar na discussão da transformação da saúde em mercadoria.

2.1 Sistemas político-econômicos: capitalismo e neoliberalismo

Muitas teorias buscam, ao longo dos anos, estudar o capitalismo, para este presente trabalho, introduziremos duas das principais correntes teóricas que encontramos referidas na literatura psicanalítica. A primeira tem como principal autor Max Weber. Este, por meio da Sociologia, investiga a cultura capitalista, utilizando-se de fatores externos à Economia. No Protestantismo, a extrema valorização do trabalho e da prática de uma profissão (em sua teoria considerada vocação), são considerados os meios para a busca da salvação individual. Conceitua o “espírito” do capitalismo como conduta de vida, ressaltando os fatores culturais, considerados como a forma com que o indivíduo dá significado ao que o cerca. Já na segunda corrente, Karl Marx define o capitalismo como um determinado modo de produção de mercadorias, iniciado na Idade Moderna e consolidado com o processo de desenvolvimento industrial inglês, a Revolução Industrial. Segundo o autor, o sistema capitalista transforma objetos em mercadoria, incluindo a força de trabalho. Isto é, a própria força de trabalho é uma mercadoria. Nesse contexto, a relação do homem com o trabalho é modificada (CATANI, 2017).

Weber (1920/2019) investiga em sua obra os princípios éticos que constituem o que nomeia de “espírito” do capitalismo. Toma por base a teologia protestante, mais especificamente calvinista. Economia e religião atuam juntas nos processos socioeconômicos. De forma oposta ao catolicismo, com sua exigência de desprendimento dos bens materiais, o protestantismo apostava no trabalho como meio de salvação do homem. No calvinismo, a valorização religiosa por meio da atividade profissional e do

trabalho se acentua. O ganho torna-se finalidade, resultado e expressão da habilidade na profissão, além do enaltecimento à riqueza criada. Esta deve ser reinvestida em novas formas de trabalho. O autor desenvolve o conceito de ética, como a ação voltada a fugir de qualquer distração, ao utilizar o trabalho como principal forma de estar próximo a Deus. O trabalho e o enriquecimento são, portanto, associados à salvação.

Ainda de acordo com o autor, a economia moderna tem como objetivo o racionalismo econômico, considerado como o aumento da produtividade de trabalho, desconsiderando os limites físicos e psíquicos do ser humano. Através do processo de racionalização, os ideais de vida de uma sociedade são modificados, pois o trabalho passa a ser a fonte dos bens materiais que se tornam necessários à sobrevivência. Do "racionalismo" resulta o conceito de "vocação profissional" e a dedicação máxima de si ao trabalho profissional.

Portanto, o "espírito" do capitalismo é consolidado devido à vocação ao enriquecimento, por meio da valorização de acumulação do capital. As condições de conquista ocorrem pela via da ação econômica, e essa se adapta à estrutura de cada sociedade. Como afirma Weber (2019), "aquele que em sua conduta de vida não se adapta às condições de sucesso capitalista, ou afunda ou não sobe". (p.66) Desta forma, o capitalismo consiste em aumentar a riqueza, logo, potencializar o capital, com a finalidade de buscar a glória, sendo o único caminho possível para a salvação (CATANI, 2017).

Em 1867, Marx publica sua obra máxima intitulada *O capital*. Em sua principal obra, analisou as relações econômicas na sociedade moderna, principalmente o modo de produção capitalista. Segundo o autor, o processo que o inaugurou foi a divisão entre o trabalhador e as condições de realização de seu trabalho. Através de um processo histórico de separação entre o produtor e o meio de produção, nomeado de acumulação primitiva, iniciou-se no século XVI uma nova estrutura econômica da sociedade, a partir da dissolução da sociedade feudal. A desapropriação das terras pertencentes aos produtores rurais e aos camponeses estabeleceu o fundamento deste processo, ou seja, os produtores foram expropriados de suas propriedades, nas quais trabalhavam e extraíam seu sustento.

A história do capitalismo varia de acordo com os países e as sociedades em que se instaura. Porém, nas sociedades onde o modo de produção capitalista se desenvolve, há uma extensa variedade de mercadorias. Marx (1867/2017) conceitua a mercadoria como algo

que, através de suas propriedades, satisfaz as necessidades humanas. Através da produção de mercadorias, do comércio e do mercado mundial, no século XVI, surge o capital, que tem como produto o dinheiro.

O capitalista, portanto, é quem possui os meios de produção e tem como objetivo o lucro, ou seja, o enriquecimento. Para que o dinheiro se torne capital, é necessário que haja o trabalhador, aquele que não tem outra mercadoria para vender além de sua força de trabalho. Essa relação, detentores de dinheiro e de mercadoria x trabalhadores, não é uma relação social comum a todos os períodos, mas resultado de um desenvolvimento histórico, produto de mudanças econômicas e da extinção de uma série de formas de produção social anteriores, como o feudalismo. Marx (1867/2017) ressalta que “o que caracteriza a época capitalista é, portanto, que a força de trabalho assume para o próprio trabalhador a forma de uma mercadoria que lhe pertence, razão pela qual seu trabalho assume a forma de trabalho assalariado” (p.245). O trabalhador vende a sua força de trabalho.

Nesse contexto, desenvolve a teoria da mais-valia, um excedente quantitativo do processo de trabalho, onde há dispêndio de força de trabalho, sem valor para o próprio trabalhador, apenas para o capitalista. Portanto, o que rege esse modo de produção é o mais-valor, o excedente de trabalho. Aprofundaremos as especificidades do trabalho no próximo capítulo e a importância da teoria da mais-valia para as articulações psicanalíticas nos tópicos adiante. (MARX, 1867/2017).

Observamos que Marx aponta para a lógica contraditória do capital, denunciando a sociedade mercantil e utilizando o trabalho como um dos principais elementos de sua análise. O trabalhador vende a sua força de trabalho por determinada quantidade de tempo, em troca de um salário que é estabelecido pelo mercado e mediado pela lei da oferta e procura. Deste trabalho, algo é extorquido do trabalhador. A lógica do capital se utiliza da força e do tempo despendidos no trabalho, faz dele um produto e retém somente seu valor, a mais, produzido. (FOUCAULT, 1978/2022).

Com isso, ressaltamos que o capitalismo institui seu modo de produção através de um excesso, seu modo de operar é a partir de um valor a mais. Com a função de agregar valor, transforma toda riqueza em capital e destina inteiramente sua produção ao aumento desta riqueza, ao lucro. Os objetos tornam-se mercadoria, a força de trabalho também, tudo que circula na sociedade ocorre através da mediação do dinheiro, com o objetivo de

produzir esse valor a mais. Este modelo se desenvolve com o objetivo de produzir e de consumir sempre mais. (DE GÓES, 200).

Marx e Engels (1848/2010) investigaram a história da transformação das relações sociais pela burguesia moderna. Esta não pode existir sem revolucionar incessantemente os instrumentos de produção, e, conseqüentemente, todas as relações sociais. Cada período de seu desenvolvimento foi acompanhado por um avanço político. Ao reduzir as relações sociais ao estritamente monetário, as liberdades conquistadas se apagam, o capital, e, portanto, o mercado, passam a reinar.

Nos anos de 1978 e 1979, Michel Foucault dedicou seu curso no *Collège de France* ao estudo das maneiras de governar e às práticas de governo. Ressalta que o Estado é o correspondente da forma de governar e define a economia política como a análise da produção e da circulação de riquezas, uma reflexão sobre a organização, a distribuição e a limitação dos poderes de uma sociedade. Esta tem como principal objetivo o enriquecimento do Estado.

Foucault (1978) inicia seu estudo sob a ótica de uma nova razão governamental, o liberalismo econômico, que perdura do início do século XVIII ao século XX. Nesta, é necessária uma limitação do Estado, de suas formas e domínios de ação, diferentemente do que ocorria nos séculos anteriores. Logo, instaura-se uma prática fundamentada no mercado. Este passa a ser um mecanismo de trocas e lugar de verificação do valor e do preço, oferta e demanda, para um melhor exercício do governo. A característica fundamental do liberalismo é a busca do princípio de autolimitação, baseada na concorrência. Esta é estimulada e conduzida pelo enriquecimento recíproco, do país e dos indivíduos, com isso a ideia de progresso econômico ilimitado é almejada. Investe-se na globalização do mercado e neseu projeto de dominação deste.

O filósofo nomeia essa prática governamental de liberal, pois ela é consumidora e produtora de liberdade. Ao gerir as condições para tal, instaura-se uma perda, pois através da necessidade de produção, limitações e controles são estabelecidos. A liberdade é fabricada constantemente, mas de forma limitada. Assim, os governos liberais justificam a vigilância das instituições e dos indivíduos, para conquistarem o aumento da rentabilidade e da produtividade. Ou seja, há o surgimento de mecanismos que produzem e ampliam as liberdades, porém introduzem um “a mais” de controle e intervenção (FOUCAULT, 1978).

O liberalismo, de acordo com Cândido (2020), tanto em sua forma clássica quanto na forma neoliberal (a partir do século XX), desenvolveu diversos instrumentos teóricos e práticos com a finalidade de viabilizar aos governos uma melhor gerência da população, delimitando novos aspectos de intervenção na sociedade e no mercado.

Além disso, o método liberal de governar introduz crises na gestão dos governos a partir do custo econômico do exercício das liberdades. Como Marx e Engels (1848/2010) sinalizaram, para que o capital domine, não há espaço para estas. Os autores ressaltaram o aspecto das crises comerciais, na qual cada uma destrói uma ampla quantidade de produtos e de forças produtivas, a qual nomeiam de “epidemia de superprodução” (p.45), decorrente do excesso característico do capitalismo. A alternativa utilizada para contê-la, além do extermínio da força produtiva, é a aquisição de novos mercados e a maior exploração dos antigos. Com isso, a sociedade burguesa, o Estado, fabrica crises mais extensas e destruidoras, enquanto os meios para evitá-las são reduzidos.

A crise do liberalismo teve início a partir de mecanismos de intervenção econômica implementados antes e depois da II Guerra Mundial, entre os anos de 1930 e 1960, através de procedimentos econômicos e políticos visando mais liberdade, ou reações para conter possíveis ameaças sobre essa. Foucault (1978) afirmou que o mundo moderno foi constantemente atravessado por acontecimentos ligados às crises econômicas, nomeados de crises do capitalismo e às formas de governo.

De acordo com Foucault (1978), o neoliberalismo surge no pós-guerra, sobretudo a partir do ano de 1930, como uma alternativa a mais uma crise econômica, instituindo uma nova dimensão, a do crescimento econômico. A liberdade econômica será produzida concomitantemente ao crescimento do bem-estar social e do Estado. Investe-se em sua ampliação econômica, porém com menos intervenção do governo, o que causa sua limitação e a sua existência. O essencial do mercado é a concorrência, estimula-se a desigualdade e a menor intervenção: quem governa é o mercado.

Dessa forma, a sociedade estrutura-se com um acesso desigual aos bens de consumo, necessária para a economia, já que regula a sociedade. A transferência de renda não é mais um objetivo, apenas o mínimo deve ser assegurado, visto que a existência de mão de obra é essencial. Todas as classes sociais devem ser capitalizadas, consumidoras. A individualização é propagada, viabilizando um espaço econômico onde almejem assumir

e enfrentar os riscos financeiros. O crescimento econômico torna-se o objetivo a ser alcançado pela população, possibilitando um nível de renda para o consumo, agora, por si só necessário. Assim, a sociedade regulada através do mercado, na qual o princípio regulador é a ampliação e disseminação da concorrência, busca uma sociedade empresarial, produtiva (FOUCAULT, 1979).

Ao abordar o neoliberalismo estadunidense, Foucault (1979) ressalta que este não é apenas uma forma político-econômica, diferentemente de sua propagação na Europa, mas um método de pensamento que se fundamenta em uma análise econômica e sociológica, instituindo um modo de ser e pensar. Sua elaboração e ampliação na sociedade ocorreu durante dois séculos. Destacamos a teoria do capital humano elaborada por Gary Becker, em 1964.

Em sua teoria, Becker (1964/1993) faz a análise econômica do trabalho e do trabalhador, o que possibilita a reinterpretação em termos econômicos desses aspectos. Tal teoria contrapõe a análise de Marx, em que o trabalho é uma abstração do próprio sistema capitalista e de sua realidade histórica. Na concepção neoliberal, o trabalho e o trabalhador são recursos a serem utilizados, o trabalhador é tomado como um sujeito econômico ativo livre para fazer suas escolhas.

O economista define o capital humano como um conjunto de competências produtivas que podem ser alcançadas, através do acúmulo de conhecimento, e deslocadas para a produção de riqueza. Assim, o investimento em educação é fundamental, pois elevaria os rendimentos individuais e a produção humana. Percebe-se uma relação direta com o sistema econômico, pois resulta em aumento da produtividade, dos lucros e das habilidades (BECKER, 1993).

O autor afirma que o capital humano de um indivíduo são os investimentos que visam aprimorar sua habilidade produtiva e os conhecimentos adquiridos, principalmente através do nível de escolarização e aprendizado. Com isso, define não ser possível apartar o indivíduo do seu conhecimento, de suas habilidades etc. Ressalta como principais aspectos de sua composição a saúde, a migração e, destaca, a educação. Sua teoria assegura que por meio da educação a população é mais produtiva, com isso há aumento do salário, influenciando diretamente o progresso econômico (VIANA; LIMA, 2010).

Foucault (1979) destaca essa nova definição da economia como uma análise do comportamento humano, de sua racionalidade e da programação estratégica da atividade dos indivíduos. O trabalho transforma-se em um comportamento econômico implementado, calculado e pensado por quem trabalha. De acordo com os economistas da Universidade de Chicago – Becker e Schultz, principalmente – o capital é resumido a uma fonte de renda futura, um conjunto do que pode ser possuído em determinado momento tanto por indivíduos, quanto pela sociedade. O salário é o produto ou o rendimento do capital. Este inclui as capacidades e competências do trabalhador, ou seja, inclui os fatores físicos e psicológicos que possibilitam que elereceba sua remuneração, obtenha sua renda. Logo, o salário é a remuneração imputada a determinado capital humano e não pode ser dissociada do indivíduo que a porta.

Portanto, o capital é o que possibilita uma renda futura, o salário. Como sua aptidão pertence ao trabalhador, torna-se inseparável de quem o detém. O capitalismo não mais transforma o trabalhador em máquina e o aliena, como Marx afirmou. No cenário neoliberal, a competência se funde ao trabalhador no intuito de produzir fluxos de renda, desse modo o trabalhador é uma empresa de si mesmo. A economia e a sociedade passam a ser pensadas a partir do modelo empresarial, uniformizando e disseminando o consumo. O sujeito é seu próprio empresário, sendo também o seu capital, seus produtos e sua fonte de renda. Becker (1964/1993) potencializa sua teoria do consumo, pois quem consome, também é produtor. O consumo é propagado como uma atividade empresarial, através da qual o indivíduo, a partir do capital que dispõe, produz sua própria satisfação.

Assim, o neoliberalismo estadunidense generaliza a forma econômica do mercado a partir da análise de comportamentos não econômicos. Ou seja, buscam decifrar, em termos econômicos, os comportamentos sociais. Observam que a sociedade é produtora de comportamentos que a satisfazem através de certo nível de investimento, pois o sujeito econômico neoliberal é aquele que sempre procura maximizar seu lucro e potencializar seus ganhos. Sua conduta é moldada a partir de ganhos e perdas associados. (FOUCAULT, 1979)

Podemos observar que essa construção desenvolvida no neoliberalismo estadunidense é mais uma possibilidade de exploração do trabalhador, agora, pela via do capital, da produção e do consumo. Os detentores do capital físico e financeiro

permanecem os mesmos, e estes seguem utilizando o capital humano, os trabalhadores, como mais uma forma de exploração, utilizando os conhecimentos e as habilidades a seu favor, ao engrandecimento do capital. Como Marx e Engels (1848/2010) já destacavam, apesar das constantes mudanças nas relações sociais e de produção, as relações entre quem detém o capital e quem vende seu trabalho seguem se reduzindo aos interesses do mercado(VIANA; LIMA, 2010).

No Brasil, como afirmaram Dunker et al. (2021), no fim dos anos 1960, iniciou-se um conjunto de ideias e práticas que instituíram o neoliberalismo através de fortes influências estadunidenses, principalmente nos anos 1980, com a chamada “abertura democrática” (p.212). Estas divulgavam os princípios do neoliberalismo, refletidos nos projetos de políticas públicas. Os recursos partiam de doações empresariais, convênios ou fundações, com o intuito de instituir o livre-mercado. A economia e diversos aspectos da sociedade e da política são transformados a partir desse modelo (SILVA ET AL., 2021).

Da Silva Jr. (2021) enfatiza que no modelo nacional-desenvolvimentista, ampliado na era Vargas (1930-1945), o Estado tinha como principal função o enriquecimento, para isso assumia sua consolidação como prioridade. Assim, investia em grandes empresas estatais, principalmente de serviços essenciais (energia, transporte e comunicação). O maior investimento em saúde e educação da população também ocorre nesse período.

Ressaltamos que o nacional-desenvolvimentismo e o neoliberalismo são opostos em sua forma de funcionamento. O primeiro almeja a empregabilidade de todos os recursos economicamente ativos, pois quanto mais é produzido, menor é o custo de vida da população, gerando o enriquecimento do país. No neoliberalismo, muda-se a lógica, a empregabilidade total não é mais buscada, a manutenção de um índice de desemprego é necessária para manter os salários baixos. Como consequência, há o aumento da oferta de mão de obra, a precarização do trabalho e da sociedade, pois os serviços essenciais não são mais dever do Estado, exclusivamente. Na concepção neoliberal, o lucro é sempre aspirado (DA SILVA JUNIOR, 2021).

Para sua difusão, o neoliberalismo necessita que os sujeitos naturalizem as formas de precarização social consideradas antes, no nacional-desenvolvimentismo, na forma de um pacto social. Esta ocorreu, segundo da Silva Junior (2021), por meio de um extenso processo de transformação das configurações de vida e da sociedade. Ao redefinir o que é

o sujeito e o que lhe cabe, a racionalidade das escolhas e a liberdade passam a ser individualizadas. Com a propagação do ideal neoliberal estadunidense, o indivíduo passa a ser pensado por uma via econômica, como uma empresa que deve buscar novos mercados e possibilidades mais lucrativas.

A partir do período de redemocratização, iniciado no governo de José Sarney (1985-1990), o Estado brasileiro atua no desenvolvimento do mercado e sua proteção dos monopólios. Porém, é a partir de 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, que os princípios neoliberais são fortalecidos. O Estado não é mais pensado como um fim em si mesmo, mas como mero regulador do mercado. As grandes empresas estatais não são mais necessárias, pois com estas não seria possível estimular a competição, nem a iniciativa privada. O governo passa a priorizar e proteger o mercado, reformulando suas leis. Com isso, a população lida com as consequências desse novo modelo implementado, principalmente em relação às formas de trabalho que ficam mais precarizadas e o aumento do desemprego (DA SILVA JUNIOR, 2021)

O autor ainda ressalta que as novas políticas públicas no setor da educação superior brasileira são um dos exemplos da propagação do novo modelo sociopolítico e econômico. Estas redefinem a formação, introduzindo as noções de habilidades e competências, e através do incentivo fiscal às instituições privadas. Consolida-se o ideal do neoliberalismo na sociedade, inicialmente, a partir da elite socioeconômica do país, pois nesse período o acesso ao ensino superior era mais restrito.

Abordaremos no próximo tópico o modelo neoliberal a partir da justificativa de uma realização social da liberdade, como equivalente à propriedade de si. O neoliberalismo, como desenvolvemos, intervém nos aspectos político e social, modificando a sociedade e sua forma de funcionamento, sendo assim um gestor também das questões psíquicas, conforme afirmam Safatle et. al (2021). Com o objetivo de potencializar a produtividade, buscando sempre esse “a mais” de lucro, os limites biológicos dos seres humanos também são ultrapassados. Como consequência, a atuação clínica revela que a sociedade e os sujeitos estão cada vez mais adoecidos e a produção do mal-estar intensificada, na busca de uma felicidade jamais alcançada. Investigaremos as contribuições da psicanálise para avançarmos no tema.

2.2 Articulações entre psicanálise, capitalismo e neoliberalismo

Em suas *Novas conferências introdutórias à psicanálise*, Freud (1933/2014) define o conceito de “visão de mundo” (*Weltanschauung*) como “uma construção intelectual que, a partir, de uma hipótese geral, soluciona de forma unitária todos os problemas de nossa existência, na qual, portanto nenhuma questão fica aberta, e tudo que nos concerne tem seu lugar definido” (p.322). Portanto, ao adotarmos uma visão de mundo, sentimentos de segurança, direcionamento de nossas pretensões, afeições e interesses ocorrem.

De acordo com o autor, a psicanálise seria inadequada para a criação de uma visão de mundo própria, diferentemente da ciência. O pensamento científico tem como objetivo investigar a busca da verdade. Seu percurso é lento, trabalhoso, parcial e incompleto, evita perigos e enfrenta doenças, mas não garante soluções. Por meio da pesquisa e da verificação, algumas de suas regras são introduzidas como conduta de vida. Dessa forma, Freud (1933/2014) associa o trabalho de análise ao científico, no sentido de que há necessidade de conter algumas expectativas, pois através da observação hipóteses são estabelecidas, mas nem sempre confirmadas. Com isso, o novo e o inesperado fazem parte da construção da teoria.

A pesquisa de Karl Marx sobre a estrutura econômica da sociedade e a importância das concepções econômicas na vida humana é uma das visões de mundo que se opõe à ciência, segundo Freud (1933/2014). O autor reafirma que as diferenças sociais são originalmente tribais ou raciais, logo, a origem das classes nas sociedades ocorreu através das lutas entre as hordas humanas, diferentes entre si. Os fatores psicológicos, a organização da própria horda, e os materiais utilizados (armas) definiram os vencedores. Os vitoriosos passaram a ser senhores e os perdedores, escravos; portanto, o autor não considera um “processo de história natural” (p.347), como Marx.

A substituição do poder do indivíduo pelo poder da comunidade é um importante avanço cultural, pois a vida em comunidade implica em limitações das possibilidades de satisfação individual. Esse impedimento, imposto pela cultura, rege as relações entre os seres humanos e desencadeia hostilidade. Buscar o equilíbrio entre o que proporciona felicidade e as exigências individuais e culturais é um dos grandes desafios da humanidade. (FREUD, 1930/2010)

Freud (1933/2014) ressalta que a potência da teoria marxista está na exposição da relação entre os processos econômicos e as atitudes dos seres humanos, apesar destes não serem os únicos que influenciam o comportamento humano em sociedade; afinal, nas mesmas condições, povos comportam-se de maneiras distintas. Os fatores psicológicos estão diretamente relacionados às reações humanas, mesmo sob o domínio das relações econômicas, dado que “as pessoas não podem senão por os seus instintos originais em ação: seu instinto de autoconservação, sua agressividade, sua necessidade de amor, seu impulso a obter prazer e evitar o desprazer” (FREUD, 1933/2010, p.350).

O autor afirma ainda que esse sistema elaborado por Marx é uma ilusão de resolução cultural, onde todo homem seria bom, porém a propriedade privada corromperia sua natureza. O fato de possuir bens privados deu poder ao indivíduo e, com isso, aqueles que não os possuíam se revoltaram. Dessa forma, na concepção marxista, segundo Freud, ao eliminar a propriedade privada, todos os seres humanos poderiam usufruir dos bens e não haveria mais hostilidade entre os indivíduos, já que as exigências seriam resolvidas e todos estariam submetidos ao trabalho necessário.

Marx determina que o capital é uma relação e para Althusser é uma operação discursiva realizada na produção do laço social, segundo Costa-Moura e Fernandes (2011). Os autores ressaltam que a teoria marxista investiga essencialmente como as condições dos modos de produção em uma cultura são constituídos. A forma como a riqueza é “produzida, acumulada e distribuída para satisfazer as necessidades humanas, numa determinada sociedade— e das lutas de classes daí decorrentes que classifica e define as diferentes épocas e culturas” (p.54) nessa teoria. Revelando, assim, aquilo que constitui a formação social condicionada a um modo de produção específico.

Entretanto, Freud (1930/2014) ressalta que a agressão não se origina como consequência da propriedade privada, ela existe desde os tempos pré-históricos e é um traço indestrutível da condição humana que acompanha seu desenvolvimento. Por isso, a cultura encontra na agressividade sua maior dificuldade, pois impõe sacrifícios à natureza humana, dificultando a felicidade. Para obter alguma felicidade e, conseqüentemente, suportar as renúncias impostas pela sociedade, as exigências culturais precisariam ser reduzidas ou abolidas.

Na definição freudiana, felicidade é a realização do princípio de prazer, o qual consiste em alcançar prazer e impedir o desprazer buscando um nível de homeostase, porém essa realização encontra obstáculos culturais e psíquicos. O psiquismo é constituído de forma a almejar um estado zero de ausência de tensão, enquanto a cultura, para resguardar a vida em sociedade, limita a realização das pulsões, gerando conflito e sofrimento. Assim, a felicidade é uma meta inatingível, porém o homem pode experimentar alguma satisfação através de determinadas formas (FREUD, 1930/2010). Tanto Marx quanto Freud rompem com o ideal de felicidade postulado, a satisfação é sempre parcial e provisória.

O autor conclui sua crítica alegando que o marxismo também produziu ilusões, como outras visões de mundo, ao aspirar, em um curto espaço de tempo, modificar a natureza humana. Segundo ele, com a conquista do proletariado, haveria um mínimo de atrito e uma relação com o trabalho não opressiva. Entretanto, para Freud, tal transformação da natureza humana é pouco possível (FREUD, 1933/2010).

Costa-Moura e Fernandes (2011) definem o capitalismo como a dedução do trabalho e a adição do capital. O capitalista é determinado pelo capital, assim como o trabalhador pelo trabalho. De acordo com os autores, Freud já abordava em sua teoria um objeto que se perde na origem do sujeito, dessa forma, cedemos algo ao Outro; esta perda é necessária para que possamos responder às urgências da vida, ou para que entremos na linguagem, segundo a teoria lacaniana.

De acordo com Marx, o trabalhador não usufrui do que produz, uma vez que não dispõe dos meios de produção, já para Freud o que constitui o sujeito é justamente o descompasso entre o objeto que evoca e aquele que reencontra, o prazer que busca e o que obtém, isso constitui sua condição desejante. Desta perda fundamental, essa renúncia, dada desde a constituição do sujeito, em sua entrada no processo civilizatório, surgem as "práticas de recuperação", segundo Lacan (1968-69), tema que retomaremos adiante.

Em seu artigo *Além do princípio do prazer* (1920), ao observar a compulsão à repetição e o caráter conservador da vida pulsional, Freud cria o conceito de pulsão de morte ou de destruição, aquela que reconduz ao estado primordial. Essa parte da pulsão volta-se contra o mundo exterior, e tem como objetivo promover ao Eu a "satisfação de suas necessidades vitais e o domínio sobre a natureza" (FREUD, 1930/2010, p.375).

Freud (1930/2014) adverte que o sucesso do desenvolvimento cultural está diretamente relacionado ao recalque da pulsão de agressão e de autodestruição. Ele assinala que sentimentos de infelicidade e medo estão exacerbados devido a isto, apostando na pulsão de vida como uma alternativa para a vida em sociedade.

No capitalismo, há essa promessa de satisfação infinita que libertaria o sujeito e as suas amarras, possuindo (e consumindo) cada vez mais. Seu único limite está relacionado à função do dinheiro, pois caso não possua a quantidade determinada pelo mercado, não há troca. Como ressalta De Góes (2008), o capitalismo mantém sua infinitude na promessa, porém é inflexível em relação aos limites nas operações de troca. Não há possibilidades para que o sujeito lide com suas demandas, nesse sistema, sem incluir a quantidade de dinheiro acumulado.

A produção da subjetividade moderna, segundo De Góes (2008), é marcada por angústia e religiosidade devido às guerras e aos massacres ocorridos no século XXI, porém sua estrutura permanece a mesma: o capital. Segundo a autora, Freud e Marx propõem formas de produção, do inconsciente e do capital, que se alternam entre excesso e perda. O modo de operar do capital é produzir um valor a mais, transformando toda riqueza e destinando a produção ao seu aumento e acúmulo. Portanto, sua função é agregar valor. Dessa forma, as referências simbólicas, éticas, morais, são permanentemente alteradas, de modo que satisfaça as necessidades vigentes.

Lacan (1968-69/2003) afirma que a psicanálise é o sintoma do momento que alcançamos na civilização, portanto, é indissociável da contemporaneidade. Ele recorre a Marx para lidar com a questão da contemporaneidade e com entraves teóricos em relação à psicanálise. Ao centralizar a função do mercado, o psicanalista ressalta o que há de fundamental no discurso marxista, a mais-valia, como efeito do dispositivo capitalista. Esta transforma a força de trabalho em mercadoria que gera valor e é consumida, criando valor. A produção excedente proveniente da força de trabalho, não do trabalhador, produz esse “a mais” embutido em seu valor de troca. Este valor criado no processo de produção é o que transforma o trabalho em mercadoria, como já tratamos no tópico anterior (COSTA-MOURA; FERNANDES, 2011).

Segundo Costa-Moura e Fernandes (2011), a teoria marxista apresenta uma dimensão econômica, assim como para Freud, quando busca a satisfação das necessidades

humanas, independentemente da origem ou da natureza dessas. Marx evidencia no próprio sistema capitalista a exploração das relações entre os homens que trocam suas mercadorias de acordo com as leis do mercado. A mais-valia, constituída na dinâmica capitalista, conforme Lacan (1968-69), é resultado da articulação que institui o discurso capitalista. Elaboraremos a teoria dos discursos e principalmente o discurso capitalista no próximo tópico.

Marx propõe sua teoria afirmando que ao perder algo que nunca possuiu, o trabalhador se vê impelido a retomá-lo. As mercadorias têm um fascínio sobre os trabalhadores/consumidores, na teoria marxista nomeado de "fetichismo da mercadoria". No modo de produção capitalista, a perda que ocorre sob a forma de mais-valia decorre de uma expropriação, que desencadeia um "encantamento". Dessa forma, esse ciclo incessante de produção e consumo é perpetuado (COSTA-MOURA; FERNANDES, 2011).

Nessas relações objeto-mercadoria e na ideia do poder exercido pelas mercadorias sobre nós, Marx se aproxima de Freud, pois, para o psicanalista, o motor da vida humana não é a necessidade, mas a satisfação pulsional, regulada também por fatores econômicos referentes a uma economia psíquica. Portanto, a relação do que ocorre no âmbito econômico na produção da mercadoria e seu consumo, fundamenta-se na pulsão. O êxito do capitalismo sucede na forma como este a ajusta a seus propósitos (COSTA-MOURA; FERNANDES, 2011).

Impõe-se um sistema superprodutivo, gerido por um imperativo de consumo sem limites que é atualizado incessantemente. O liberalismo, como destacam Costa-Moura e Fernandes (2011), “não-requisita a interlocução de um modo inédito e sem fronteiras: ele não é repressivo, nem impositivo, ou mesmo coercitivo; ele se impõe deliciosamente, arrebatando e cooptando a todos” (p.70), por meio do empuxo à mercadoria. Com isso, através de cada recuperação, de cada ganho, nos reencontramos com mais e renovadas perdas, e as consequências são cada vez mais devastadoras.

O neoliberalismo sepotencializa e se constrói a partir da mínima intervenção do Estado, restando a este apenas a regulação dos serviços básicos. Abre-se a possibilidade das privatizações e amplia-se o mercado de serviços essenciais privados, como a saúde. Introduce-se a ideia de que o Estado é um péssimo gestor, e com isso, há necessidade de se buscar na rede privada o que deveria ser um direito garantido (PENA, 2023).

Ao tratar o neoliberalismo como um gestor do sofrimento psíquico, Safatle *et al* (2021) ressaltam a presença da disciplina, da moral e da psicologia no discurso utilizado para justificar as ações econômicas. A liberdade está diretamente ligada à propriedade nesse modelo, logo a intervenção estatal age também nesse aspecto. Conseqüentemente, a redução da liberdade torna-se um mecanismo para despolitizar a sociedade, além de criminalizar seus conflitos. Trata-se de "uma forma de gestão psíquica, de produção de figuras da subjetividade com seus padrões de ação, e principalmente, de sofrimento" (p.10). Os autores utilizam o termo gestor, tanto no sentido de quem gera, como daqueles que gerenciam, pois o sofrimento psíquico é produzido e gerido pelo sistema, um impulso para mais produção.

Assim, esse modelo, além de lidar com os aspectos econômicos, produz uma forma específica de lidar com o sofrimento e um estilo de vida em que o mal-estar é potencializado. A produção não deve cessar, assim como em uma empresa, é necessário moldar os sujeitos e a cultura (SAFATLE, 2021).

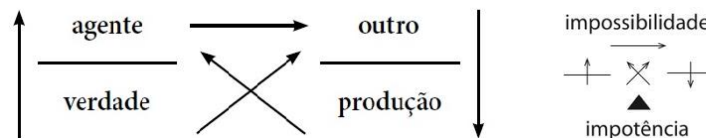
Retomando a definição freudiana de felicidade como "a satisfação repentina de necessidades altamente represadas" (FREUD, 1930/2010, p. 30), constatamos que esta só se torna possível episodicamente, e não de forma constante como é prometido na sociedade moderna. Já a infelicidade é mais fácil de ser experimentada, pois o sofrimento tem como principais fontes: o corpo, o mundo externo e as relações sociais. Somos seres de cultura, e com isso a busca pela felicidade se tornou o principal objetivo a ser perseguido, mas a que preço?

2.3 Lacan e a teoria dos discursos

Jacques Lacan desenvolve em seu seminário *O avesso da psicanálise* (1969-1970) e avança na *Conferência de Milão* (1972) a construção da teoria dos discursos como modalidades de laço social. Segundo Darriba e D'Escragnolle (2017), o discurso ressalta a relevância do contexto histórico e, conseqüentemente, de sua singularidade.

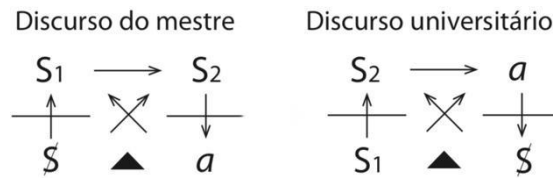
Nos anos de 1969 e 1970, Lacan define um aparelho com quatro lugares e quatro elementos, para apresentar quatro discursos: do mestre, do universitário, da histérica e do analista. Posteriormente, introduz o discurso capitalista, o qual nos deteremos. Destaca que suas fórmulas possibilitam uma operação até então inatingível. Logo, estas devem ser

entendidas como funções que escrevem ordens de relações. Dessa forma, ele tenta aproximar sua elaboração a um instrumento científico, construído por meio do uso dos termos presentes em sua teoria: S1 (significante mestre, que ordena os outros significantes), S2 (cadeia significante, o saber), *a* (objeto perdido, causa de desejo) e \$ (sujeito barrado pelo significante). De acordo com Malcher e Freire (2016), a fórmula consiste em uma estrutura fixa e seus operadores, utilizando os termos mencionados nessa ordem, como observamos na primeira figura. Além dos operadores fundamentais nas estruturas, que indicam a impossibilidade e a impotência, conforme a segunda figura (SANTANA, 2018).



Para a formalização de sua teoria dos discursos, Lacan utilizou a parábola proposta por Hegel por meio da investigação da dialética entre o senhor e o escravo. O escravo, por seu trabalho, é quem dá a verdade ao senhor, traz o reconhecimento deste enquanto tal. Ele detém o saber sobre o trabalho, o qual o senhor, apesar de não o possuir, depende deste e o utiliza, mas não tem o saber sobre sua produção. Portanto, a inversão: o senhor se torna escravo e o escravo se torna senhor. O trabalho forçado teria como consequência o saber absoluto, a verdade, pois o escravo não só dispõe sobre o saber da produção, mas sobretudo da dominação (LACAN, 1969-1970).

As formas de poder se modificam no decorrer dos séculos, porém o que permanece imutável é o fato de que os trabalhadores dispõem apenas de sua força de trabalho, única mercadoria que podem ofertar. Através de sua teoria dos discursos, o psicanalista trabalha aspectos da contemporaneidade e inclui referências ao capitalismo. A cada quarto de giro, uma nova modalidade de discurso é produzida. Para fins dessa pesquisa, nos deteremos nos discursos do mestre e universitário com o intuito de avançarmos na conceituação e na problematização das implicações do laço social contemporâneo, no âmbito da clínica na saúde suplementar.



O discurso do mestre é instaurado a partir da superação da horda primeva que originou o laço social, a partir do mito proposto por Freud, abordado no tópico anterior. Malcher e Freire (2016) supõem neste mito a “ilustração do próprio encontro com a linguagem, da incidência significante que produz o sujeito como dividido e inscrito no laço social” (p.78), assim, consideram o evento analítico inaugural do laço social. Os autores relacionam a articulação do discurso do mestre elaborado por Lacan ao paradigma freudiano da horda primeva. Pois, a partir do assassinato do líder da horda ser transformado em crime (parricídio), a cadeia significante é instaurada. Para que ocorra a articulação significante, é necessária uma renúncia pulsional por parte dos que sobrevivem. O objeto *a* opera como marca do que foi perdido, impulsionando práticas de recuperação. Lacan (1969-1970) relaciona o discurso do mestre ao funcionamento do inconsciente e a partir deste, os quartos de giro produzem as demais modalidades discursivas.

Malcher e Freire (2016) ressaltam que em diversos momentos de sua obra, Lacan aborda os impactos discursivos decorrentes do surgimento do capitalismo. A aliança intrínseca entre a ciência moderna e o capitalismo evidencia os efeitos desta associação. Apontam que a partir de uma mutação, o discurso do mestre adquire seu estilo capitalista, trata-se do quarto de giro que resulta no discurso universitário. Neste, o saber (S2) encontra-se no lugar dominante, próprio da contemporaneidade, pois é essa modificação no lugar do saber que ocorre entre o senhor antigo e o capitalista (senhor moderno). Como afirmam Darriba e D’Escragnolle (2017), “o discurso universitário se pretende, deste modo, um discurso objetivo e objetivante, e, por consequência, sem traços subjetivos e redutor de toda realidade à mecânica da necessidade natural” (p.547-548).

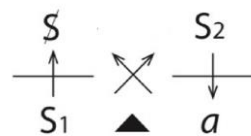
Tanto a psicanálise quanto a economia política marxista compreenderam que a produtividade no modo de produção capitalista se situa no registro da satisfação. Dessa forma, conforme afirmam Darriba e D’Escragnolle (2017), a contemporaneidade, pautada

na ciência e no modo de produção capitalista, inaugura uma nova forma de economia política e libidinal, na qual a satisfação está ligada ao saber técnico. Lacan constata em Marx a redução do trabalhador ao seu valor, ressaltando o saber. Ao deslocar a mais-valia para sua dimensão libidinal, ele resalta que esse processo está relacionado principalmente com o lugar do saber contemporânea união entre a ciência e o capital (LACAN, 1969/2008).

Darriba e D'Escragnolle (2017) destacam que o discurso universitário é aquele no qual o discurso da ciência é estruturado e, como consequência, observa-se a emergência do capitalismo, sua relação entre a utilização do mercado e da ciência moderna de forma indissociável. A união do capital com a ciência sob a forma do capitalismo. Desta forma, da formulação do discurso universitário à sua relação com o capitalismo, e a construção do matema do discurso do capitalista, há somente uma “coisinha de nada” (Lacan, 1971/2009, p.47), a saber, o estabelecimento do capitalista como senhor moderno.

Portanto, a partir do discurso do mestre, o discurso capitalista é elaborado por meio de um pequeno deslizamento. O escravo não é mais submetido a um senhor, mas é um indivíduo que se explora, manifestando o consumo como reprodução. A elaboração deste discurso aponta para seu impasse, pois opera em uma impossibilidade lógica, a do laço social que se encontra comprometido (DARRIBA; D'ESCRAGNOLLE, 2017).

Discurso do capitalista



O matema do discurso capitalista, como podemos observar, não apresenta nenhuma relação entre o agente e o outro, portanto não faz laço social, não há vínculo entre o capitalista e o proletário. Soler (2007) considera-o como uma fragmentação dos laços sociais, em que o objeto produzido domina o sujeito. Castro (2009) resalta que o saber do trabalhador está reduzido ao trabalho que gera esse a mais - para o capitalista, lucro; para o consumidor, a mercadoria; não há perda. No capitalismo, o sujeito muda de posição, desloca-se do lugar da verdade para o de agente, dominando o consumo. A dimensão do

corpo também é afetada, uma vez que este se torna mercadoria, algo a ser consumido e repostado (SOLER, 2011).

Percebemos o movimento de autorreprodução do capital. Na *Conferência de Milão* (1972), ao expor a fórmula completa dessa modalidade de discurso, Lacan inverte S1 e \$, o sujeito, indicando que este consome e é consumido em um movimento incessante, sem saída. Trata-se de um funcionamento, conforme afirmam Malcher e Freire (2016), “que opera sem tropeços, de modo circular e sem corte, sem ponto de basta” (p.79). Não há saída possível, essa ausência de impedimentos é introduzida em *Radiofonia* (1970) por Jacques Lacan, ao apresentar o conceito de mais-valia como um princípio da economia, através da ampla produção, impossível de satisfazer. Seu acúmulo tem por objetivo aumentar os meios de produção do capital e ampliar o consumo, necessário à produção, pois não há nada que obstaculize esse movimento, tornando-o mais lento. Observamos a questão da velocidade dos processos capitalistas, de sua produtividade (DARRIBA; D’ESCRAIGNOLLE, 2017).

Conforme apresentamos brevemente, os matemas discursivos contêm uma perda, algo escapa nessa trama, e há uma busca por recuperação no laço social. Contudo, o discurso do capitalista expõe um funcionamento sem perdas, em si mesmo, questionando o laço social. Conseqüentemente, ocorre um deslocamento para o próximo objeto de consumo em busca da possibilidade de satisfação, jamais alcançada plenamente. O sujeito é envolvido, como consumidor, no mercado, de forma ilimitada e excessiva, característica do modo de produção capitalista. Lacan (1972) afirma que esse funcionamento circular, “anda rápido demais, se consome [*consomme*], se consome tão bem que se consuma [*consume*]” (p.48). Logo, percebemos uma precipitação em jogo nos processos capitalistas, introduzindo uma relação com o consumo pautada pelo excesso, constantemente reinvestido nesse sistema. O discurso capitalista opera buscando evitar todas as perdas, como se houvesse essa possibilidade (MALCHER; FREIRE, 2016).

O modo de produção capitalista, portanto, se desenvolve voltado a produzir/consumir sempre mais, voltado à potencialização do mais-valor, do lucro. Dessa forma, Malcher e Freire (2016) introduzem a importância da dimensão temporal, tanto na produção das mercadorias, quanto em seu consumo. O estabelecimento do preço, do valor, do que se acredita desejar e/ou ser indispensável é o único impeditivo desse consumo

desenfreado. Lacan (1960/2008) introduz a ideia de que o que resta é o que movimenta todo esse processo, levando a uma incessante busca de novos produtos. Com essa promessa de que através do consumo a falta não seria experienciada, o capitalismo transforma tudo em objeto de consumo, incluindo a saúde.

A contemporaneidade é construída a partir do ideal e da promessa de felicidade. Através de seus produtos, atualizados incessantemente, um constante progresso se faz disponível para consumo no mercado, muitas vezes calando os sintomas com a prescrição de medicações, por exemplo. Assim, sustenta-se a promessa de apagar a falta através dos produtos da ciência aliada à tecnologia, ofertando novos objetos para obter satisfação, negando a falta. Impera o mal-estar e o desamparo, dessa forma, os planos de saúde surgem como mais um produto indispensável para alcançar uma vida mais completa (SANTANA, 2018).

O capitalismo suscita o descontentamento nos sujeitos para aprisioná-los nessa lógica do consumo. A mais-valia retirada pelo capitalista se transforma em capital, logo, como afirma Soler (2011), “produzir e consumir são os dois grandes imperativos da economia capitalista. Produzir para consumir, e consumir para que a produção faça sentido” (p.58). Esse ciclo interminável amplia as forças produtivas e como consequência, ocorre um aumento significativo de mercadorias que precisam ser consumidas, assim, a produção infundável acompanha um aumento progressivo da demanda. Esse movimento incessante de insatisfação e busca por novas mercadorias representa o êxito deste modelo, por meio da regulação do mercado (LUSTOZA, 2009).

Na contramão dessas imposições e *slogans*, a psicanálise trabalha justamente com o furo, a falta. Não se cala o sintoma, não há respostas, mas um laço, o discurso. Há algo impossível de se satisfazer. Portanto, a subjetividade está vinculada ao que é determinado pelo inconsciente e sua via de acesso se dá através da articulação entre sintoma e linguagem, uma vez que é através dela que se dá o esvaziamento do sintoma. Acolhendo o sofrimento, o sujeito pode operar a partir da fala, produzindo efeitos em seu sofrimento psíquico (COSTA-MOURA; FERNANDES, 2011).

Para a psicanálise a perda é constituinte, portanto, não negociável, sempre restará algo de não elaborável na experiência do sujeito. Dessa forma, o ideal capitalista não é alcançado, produzindo mal-estar, apesar de suas incessantes tentativas de remediá-lo

através de novos objetos de consumo, compreendendo as medicações psicotrópicas e a comercialização de planos de saúde com a promessa de um cuidado integral. Resta ao analista manejar as questões, trabalhando o que há de singular nas demandas e nos sintomas que surgem. Tendo em vista que “os efeitos de um ato analítico só se fazem conhecer a posteriori, trata-se sempre de uma aposta, e ao analista caberia saber que em toda aposta, a perda é de início. Sem pressa por resultados nessa aposta, mas com a ética do corte nas mãos” (MALCHER; FREIRE, 2016, p.83). Abordaremos no próximo capítulo determinados aspectos da atuação clínica com uma escuta psicanalítica em serviços de saúde suplementar, atravessado pela lógica do capital, do lucro e da produtividade.

3. ATUAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Investigaremos a inserção e a atuação do trabalho clínico orientado pela psicanálise em serviços de saúde suplementar, na qual a lógica do capital e do lucro prevalecem. Abordaremos a apropriação do modelo do SUS e as consequências no âmbito clínico, além da necessidade de reinvenção e do manejo da psicóloga diante de imposições contrárias à clínica, desconsiderando o sujeito e sua singularidade.

3.1 Atenção primária na saúde suplementar

De acordo com o Ministério da Saúde⁹, a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) consiste no “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (Art. 2º, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017). Sua atuação ocorre por meio de práticas de cuidado integrado e gestão específica, com equipe multiprofissional. Destina-se à população de um território delimitado, nomeado de Área Programática, nas quais as equipes de saúde assumem as responsabilidades sanitárias (PNAB, 2012).

⁹ As informações sobre a Atenção Primária em Saúde constam na legislação pertinente. Utilizamos principalmente a Portaria nº 2426, de 21 de setembro de 2017 e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>

A principal estratégia da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para expansão e consolidação da APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em seu sexto artigo, a Portaria citada dispõe que todos os estabelecimentos que prestam ações e serviços no âmbito da AB, do SUS, “são considerados potenciais espaços de educação e formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica” (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017). Dessa forma, reafirma a importância do investimento na educação, na pesquisa e na capacitação permanente dos profissionais e de estudantes das áreas da saúde para se alcançar uma eficiente rede de atenção à saúde.

A Portaria nº 2.436 também estabelece que a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é a estratégia privilegiada para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, com a APS como porta de entrada preferencial ao sistema, ordenando-a através da coordenação do cuidado, da ordenação das ações e dos serviços disponíveis na rede. A oferta é integral e gratuita a toda a população, de acordo com as necessidades e demandas do território, respeitando os determinantes e condicionantes de saúde. Portanto, qualquer forma de exclusão é proibida, como idade, etnia, nacionalidade, estado de saúde, condição socioeconômica etc. Para garantir o caráter universal da APS, são adotadas estratégias que minimizem as desigualdades e iniquidades.

Destacamos primeiramente os três princípios do SUS e, em seguida, as diretrizes executadas no âmbito da APS: universalidade, equidade e integralidade; a regionalização e hierarquização, a territorialização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado, a ordenação da rede e a participação da comunidade. Desde já, destacamos as locuções "cuidado centrado na pessoa" e "coordenação do cuidado", presentes na legislação da APS e adotados pela empresa que presta serviços de saúde suplementar. Abordaremos brevemente cada um desses princípios, norteadas pelo questionamento de quais seriam as vantagens em relação à lógica do capital e ao ideal neoliberal ao propor e se apropriar do modelo de APS do SUS para desvirtuá-lo.

O princípio de universalidade consiste em possibilitar o acesso universal, facilitado e sem exclusão; o de equidade trata de ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças das pessoas em suas condições de vida e saúde, e incluindo estas diferenciações no cuidado; e o de integralidade caracteriza o conjunto de serviços realizados pelas equipes que tem como

foco as necessidades da população, buscando a promoção e a manutenção da saúde, assim como a prevenção de agravos. Entre eles, incluem-se o cuidado, a reabilitação, cuidados paliativos, redução de danos e a responsabilização pela oferta de serviços da rede, por meio do reconhecimento, de forma adequada, dos fatores biológicos, psicológicos, ambientais e sociais causadores de adoecimento.

As diretrizes de regionalização, hierarquização, territorialização, bem como a população adscrita, estão relacionadas à área programática, como um recorte estratégico do território de forma a viabilizar o planejamento, a gestão, a organização dos serviços e o desenvolvimento de ações em saúde de acordo com as características da população.

O cuidado centrado na pessoa, enquanto diretriz, consiste em ações singulares, capacitando os usuários do serviço a se responsabilizarem e participarem no cuidado à própria saúde. A família, a comunidade e outros coletivos são considerados importantes elementos para o cuidado; já a resolutividade reforça a importância da capacidade de dar respostas à maior parte das demandas de saúde da população e coordenar o cuidado dos usuários em uma rede articulada de serviços. Para sua garantia, utiliza-se diferentes tecnologias, como a construção de vínculos e de intervenções centradas na pessoa, de acordo com suas necessidades e especificidades; a longitudinalidade pressupõe a continuidade do cuidado, por meio da construção de vínculos e da responsabilização do tratamento por parte dos profissionais e dos próprios pacientes de forma consolidada e duradoura; coordenar o cuidado é elaborar, acompanhar e encaminhar os pacientes na rede de acordo com suas necessidades, garantindo a comunicação entre os diversos dispositivos disponíveis e produzindo uma gestão compartilhada e integral; ordenar as redes de cuidado em saúde significa reconhecer as necessidades da população e direcioná-la aos serviços de saúde mais adequados; por fim, a participação da comunidade visa a maior integração do grupo nas ações de saúde, construindo o cuidado em saúde no território e estimulando atuações de cunho individual.

A AB considera a singularidade e a inserção sociocultural daquele que busca o serviço, com o objetivo de produzir atenção integral. Compreende-se que a melhora das condições de saúde das pessoas e das coletividades diz respeito a fatores que podem, em grande parte, serem abordados no âmbito da atenção primária. Para isto, são realizadas ações de promoção da saúde, relacionadas às necessidades e demandas específicas de cada

território. Alguns temas são considerados relevantes para a população brasileira em geral, tais como alimentação saudável, atividades físicas, promoção da redução de danos, enfrentamento ao uso de tabaco e ao uso abusivo de álcool.

A organização em rede é uma estratégia para o cuidado integral, de forma a coordenar as necessidades de saúde da população. As redes de saúde são compostas por ações e serviços com diferentes configurações e modalidades de formas assistenciais, organizadas de modo complementar e territorial. Desse modo, o acesso universal e igualitário proposto pelo SUS tem início nas unidades básicas de saúde e é complementado pela rede de maneira regionalizada e hierarquizada.

O reconhecimento das necessidades da população é fundamental para as ações de saúde. Ao ser caracterizada como a porta de entrada preferencial do SUS, a AB ocupa um importante espaço na gestão do cuidado e tem um papel estratégico na rede, pois a organiza e garante a efetivação da integralidade. Para isso, necessita ter alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado.

A legislação contempla ferramentas de telessaúde para articulação de decisões clínicas e de processos de regulação ao acesso à rede. Os encaminhamentos são um importante recurso da gestão e do cuidado, tanto para os médicos que avaliam esse recurso quanto para os demais profissionais. O objetivo é a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na AB, evitando consultas e/ou procedimentos desnecessários. Organizando o acesso, os recursos em saúde são mais bem utilizados, trazendo maior eficiência e equidade nas listas de espera.

As equipes de saúde da família (eSF) são a principal estratégia para a expansão, a qualificação e a consolidação da AB. Elas reorientam o processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade, de forma a impactar positivamente a saúde da população, evitando internações hospitalares e a utilização de serviços emergenciais, ambos de alto custo. A relação custo-efetividade é um fator importante e, conforme dispõe Portaria nº 2.539 de 26 de setembro de 2019, as equipes são compostas apenas por um médico de família e comunidade e um enfermeiro especialista em saúde da família, preferencialmente.

Destacamos que os cargos de auxiliar ou técnico de enfermagem e de agente comunitário de saúde (ACS) foram excluídos nessa alteração da legislação, e a forma de

financiamento das equipes foi prejudicada. Essas mudanças alteraram a proposta da atenção primária focada no território e no vínculo entre profissionais e comunidade. Tais mudanças foram promovidas pelo discurso do então Governo Federal, supostamente para aumentar a autonomia local para a organização dos serviços, maior flexibilização, eficiência e valorização do desempenho dos profissionais. O que observamos é a privatização e a inserção da lógica do mercado em processo de implementação (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Já o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) é constituído por uma equipe multiprofissional composta por diversas categorias de profissionais da saúde, a saber, médico acupunturista, pediatra, ginecologista/obstetra, homeopata, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica) ou médico do trabalho; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); profissional de saúde sanitária - que atuam de maneira integrada para dar suporte aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (AB). Os profissionais devem compartilhar seus conhecimentos, práticas e a gestão do cuidado, buscando solucionar problemas de comunicação, trabalhar de forma integrada, potencializando as habilidades singulares de cada um. O processo de trabalho inicia a partir dos problemas, das necessidades e das demandas de saúde da população em seus respectivos territórios. Os profissionais das equipes que atuam na AB são responsáveis pelo compartilhamento de saberes, das práticas intersetoriais, da gestão do cuidado em rede e a educação permanente, além de gerir os coletivos nos territórios.

Os Nasf não são de livre acesso à população, mas, sim, regulados pelas equipes que atuam na AB e, a partir de demandas identificadas, atuam de forma integrada à rede, incluindo a rede privada através de parcerias. Compete a essas equipes contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, através da intervenção sobre os problemas e as necessidades da população, da discussão de casos clínicos, do atendimento individual e compartilhado, da interconsulta, da construção conjunta dos projetos terapêuticos individuais, da educação permanente, das ações de prevenção e de promoção de saúde e da discussão do processo de trabalho das equipes.

Após essa breve exposição do funcionamento da atenção primária em saúde no âmbito do SUS, abordaremos sua apropriação por uma empresa de saúde suplementar, problematizando-a. Para tanto, partirei da minha própria experiência como psicóloga clínica e da minha atuação nesse campo. Há pouco mais de quatro anos, iniciei o trabalho que sigo desenvolvendo em uma empresa multinacional de saúde suplementar, a partir de uma proposta supostamente original de fazer parte de uma equipe multiprofissional com foco na prevenção de agravos, na promoção e na manutenção de saúde, na redução de danos e no tratamento longitudinal.

Naquele momento, o Programa voltado à população obesa, com sobrepeso e com comorbidades relacionadas era a prioridade da empresa nas ações de saúde, além de atendimentos individuais aos casos avaliados como graves pela equipe médica. Todas as consultas eram previamente agendadas e com uma duração pré-estabelecida para cada especialidade, sendo que no caso do atendimento psicológico individual não deveria ultrapassar 30 minutos de duração, sem intervalos entre cada atendimento.

A empresa conta com unidades próprias de saúde, exclusivas aos clientes que contratam qualquer uma de suas opções de planos de saúde. As unidades contam com uma equipe de coordenação do cuidado composta por médicos de família, enfermeiras de família, agentes de saúde, nutricionista e psicólogos. A diretriz de coordenação do cuidado tem como objetivo garantir o cuidado total e integrado, através da longitudinalidade do tratamento, e tem os médicos de família como referência.

Propaga-se a ideia de um atendimento rápido e mais próximo à residência, de consultórios exclusivos dedicados aos atendimentos, da possibilidade de realização de exames e consultas no mesmo local, de um acompanhamento humanizado e continuado, visando resgatar o vínculo entre médico e paciente. O tratamento seria de forma integral e não apenas focado nos sintomas; porém, um obstáculo é o tempo de atendimento disponibilizado para as consultas médicas, hoje com apenas 12 minutos de duração, incluindo a evolução em prontuário. Caso seja necessário o tratamento com algum especialista, o médico de família encaminha para os profissionais que são credenciados à rede e deveriam manter o acompanhamento regular ao paciente, dificultado devido a alta demanda de atendimentos e às equipes reduzidas.

Diversos programas de saúde são ofertados nas unidades, voltados ao emagrecimento tanto clínico quanto cirúrgico, incluindo o público infantil, além de programa de planejamento reprodutivo, de tabagismo, dentre outros, presentes nas diretrizes da APS. Além disso, ocorre a comercialização de planos de saúde para pessoas jurídicas, personalizados de acordo com as necessidades e demandas da empresa contratante.

O programa voltado à população obesa e com sobrepeso conta com atendimentos individuais e em grupo com a nutricionista e com a psicóloga, nos quais temas referentes ao tratamento são abordados mensalmente por meio de palestras com duração de uma hora. O foco é a reeducação alimentar, com a criação de hábitos saudáveis, incluindo atividades físicas na rotina do paciente. A duração do programa é de dois anos. Já o tratamento cirúrgico é voltado para os pacientes que têm indicação para cirurgia bariátrica¹⁰, de acordo com determinados critérios pré-estabelecidos e com comorbidades, e estes também contam com acompanhamento da equipe multiprofissional.

Em 2018, uma grave crise no funcionamento na rede pública de saúde do Rio de Janeiro se instaurou. Profissionais encontravam-se há meses sem receber salários e diversas unidades de saúde não estavam em condições de funcionamento devido à falta de repasse de verbas do estado e/ou do município. Concomitantemente, diversos profissionais que atuavam na rede pública foram contratados pela empresa, e ocorreu uma importante mudança, especificamente em relação ao cargo de liderança da equipe de coordenação do cuidado, ocorreu, o que mudou significativamente a direção do trabalho.

A partir de então, planos de saúde a preços ditos acessíveis começaram a ser comercializados pela empresa de saúde suplementar na qual atuo profissionalmente, atraindo a população que contava com uma rede de atendimento precária e escassa, principalmente na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, onde iniciei a minha atuação. Esses planos basicamente ofertam acesso à rede própria, mantendo os *slogans* de cuidados integral, excelência e agilidade nas marcações de consultas e exames. A demanda de

¹⁰ De acordo com o Ministério da Saúde (2021), trata-se de um procedimento indicado para casos específicos de obesidade. Muda a forma original do órgão, o que reduz sua capacidade de receber alimentos, dificultando a absorção de calorias. Os métodos podem ser a retirada de parte do estômago ou a redução do órgão através de cortes ou grampos e é necessário alterar o intestino de forma a reconectá-lo a parte funcional do estômago.

atendimentos, que já era grande, se intensificou, porém, a equipe se manteve com o mesmo quantitativo de profissionais.

O foco do trabalho dos psicólogos passa a ser a saúde mental¹¹, com o intuito de evitar internações psiquiátricas devido ao seu alto custo, além dos programas de emagrecimento e de planejamento reprodutivo, reforçando a prioridade na atenção primária e, conseqüentemente, evitando um "desperdício" de gastos para a empresa. A estratégia adotada era a de reduzir a realização dos exames complementares, bem como as consultas com especialistas e eventuais futuras internações, divulgando a ideia de um cuidado centrado, exclusivo, maior proteção e saúde: o cuidado integral.

Em meados de 2020, iniciou-se o enfrentamento à pandemia do novo Coronavírus (Sars-Cov-2) e importantes mudanças ocorreram na oferta da assistência, assim como em relação ao regime de trabalho dos profissionais. Contrariando os protocolos de segurança preconizados pelos órgãos sanitários responsáveis, cuja orientação era a de manter o funcionamento apenas dos serviços de urgência e emergência em saúde, o direcionamento da empresa foi de que as unidades de atenção primária também mantivessem o atendimento presencial.

No mesmo período, demissões em massa começaram a ocorrer nas equipes multiprofissionais, exceto na área da enfermagem, devido a mudança do regime de contrato de trabalho, que passou a ser através de prestação de serviços por parte de pessoa jurídica, ou seja, sem as garantias e os direitos trabalhistas assegurados pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), em meio a uma pandemia e a uma crise econômica no país. Se antes os profissionais eram contratados de acordo com o regime de trabalho estabelecido pela CLT, a partir daquele momento, a relação passa a ser constituída por meio de um Cadastro de Pessoa Jurídica (CNPJ). Ou seja, a relação de contrato passa a ser uma relação entre empresas individuais e não mais da empresa diretamente com o trabalhador. Há uma precarização na relação de trabalho e uma desresponsabilização por parte do empregador. Portanto, assistência médica, vale transporte, férias remuneradas, seguro-desemprego,

¹¹Delimitado como atendimentos a casos de média e alta complexidade/gravidade. Foram realizados treinamentos e uma lista dos diagnósticos foi disponibilizada aos profissionais.

licença-médica, licença-maternidade, pagamento de valor adicional por hora extra e por trabalhar em condições insalubres, dentre outros, passam a não ser mais garantidos. Assim, foi necessária a abertura de uma empresa individual, para por meio desta, receber apenas o valor acordado por hora trabalhada.

Com o agravamento da situação de saúde do país, novos protocolos de segurança foram adotados e o trabalho remoto foi incluído na rotina, porém mantendo uma carga horária mínima presencial para as diferentes categorias profissionais. A empresa passou a investir em campanhas publicitárias sobre saúde mental, alertando para a importância do tema e promovendo o novo serviço disponível, o de teleatendimento de urgência.

O teleatendimento de urgência foi uma plataforma virtual utilizada pelos beneficiários do plano de saúde, através da qual eram inicialmente atendidos via chamada de vídeo por um profissional de enfermagem, que direcionava o atendimento aos médicos de família ou psicólogos da equipe, conforme a situação clínica. Os atendimentos não contavam com limitação de tempo, porém o tempo de espera na fila virtual não poderia ser muito longo. Os profissionais utilizavam recursos próprios para acessarem o serviço, como internet, computadores ou telefones celulares, bem como o ambiente para o atendimento clínico virtual.

Conforme discutimos no capítulo anterior, o modo de produção capitalista se reinventa. Ao perceber uma nova possibilidade - mesmo diante da maior crise sanitária mundial de nossa época, segundo a OMS (2020) -, novos objetos de consumo são transformados, incluindo o acesso à saúde que deveria ser um direito constituído. Com o suporte de campanhas publicitárias e outros meios de *marketing*, os sujeitos são capturados pelas promessas e a garantia de acesso aos melhores e mais atuais serviços. Segundo Quinet (2006), a sociedade governada pelo discurso capitalista “produz sujeitos insaciáveis em sua demanda de consumo” (p.39).

Com a mudança do regime de trabalho dos profissionais e devido ao advento da pandemia, surgiram novas possibilidades de atuação clínica na empresa. Houve um aumento significativo do afastamento de profissionais por questões de saúde mental, muitos dos quais atuavam na linha de frente do COVID-19. Com isso, o setor responsável por lidar com as questões relativas aos trabalhadores realizou uma ação em 2021, com duração inicial de três meses, para atendimento psicológico dos profissionais que

trabalham nos hospitais credenciados. Uma lista que continha os setores com os maiores índices de afastamento por saúde mental foi apresentada aos psicólogos e alguns hospitais foram selecionados para que a efetividade do projeto em questão fosse avaliada. A partir disso, reuniões com as equipes dos hospitais foram realizadas, as estratégias elaboradas e o trabalho clínico iniciado. Durante seis meses, atuei em dois hospitais diferentes da rede, um na zona oeste e outro na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, ambos de grande porte e com altos índices de afastamento de profissionais por adoecimento psíquico.

No decorrer desse período, fui deslocada para uma unidade de atenção primária mais próxima da minha residência. Poucas semanas após o início do trabalho, outra proposta ocorreu. Esta consistia também na atuação com a apropriação do modelo de atenção primária, porém localizado nas dependências de um órgão público que fornece o plano de saúde como convênio para seus servidores e beneficiários. O objetivo mantinha-se na prevenção e na qualidade de vida, mais uma vez, devido aos altos índices de afastamento e atestados médicos por razões de saúde mental, porém para um público selecionado.

Após a exposição da atenção primária na saúde pública e da utilização de seu modelo em uma empresa multinacional do setor de saúde suplementar, trataremos a seguir das implicações clínicas da minha atuação como psicóloga com orientação psicanalítica em serviços de saúde suplementar.

3.2 A escuta clínica orientada pela psicanálise na saúde suplementar

Ao discutirmos o trabalho clínico com orientação psicanalítica em unidades de saúde suplementar, devemos considerar os pacientes, a equipe e a instituição, uma vez que a atuação não é independente destas relações. A inserção na equipe muitas vezes possibilita que, através das articulações de caso, o direcionamento e o tratamento possam caminhar da melhor forma. (MORETTO, 2006). Abordaremos o início desse percurso e nos deteremos aos serviços de coordenação do cuidado, a atenção primária.

Ao iniciar o trabalho em uma unidade própria da empresa, no setor de atenção primária localizada na zona oeste do Rio de Janeiro, fui apresentada à psicóloga que realizaria meu treinamento, à equipe multiprofissional e aos demais setores que incluíam: emergência, enfermagem pediátrica, recepções e setor administrativo. Cada profissional da

equipe da coordenação do cuidado ficava em seu consultório, no mesmo andar, e os agendamentos da psicóloga eram realizados mediante marcações prévias na própria unidade, após avaliação dos médicos de família da equipe, portanto o paciente não tinha acesso direto à profissional nesse primeiro momento. A agenda era dividida por especialidades, à época, o Programa de Emagrecimento Clínico, o Programa de Planejamento Reprodutivo e os atendimentos psicológicos de baixa e média complexidade, estes tinham como objetivo prevenir e solucionar os possíveis agravos, evitando internações hospitalares altamente custosas à empresa. Todos contavam com uma cartilha de condições clínicas para encaminhamento médico.

Durante um mês, foi realizado um treinamento com a psicóloga que ainda integrava a equipe sobre o sistema utilizado, a evolução em prontuário e a forma de trabalho na unidade. A não inclusão da psicóloga na reunião de equipe me causou estranheza e ao questioná-la sobre o motivo, respondeu que “sempre foi assim”, uma vez que nestas tratavam apenas de questões burocráticas e médicas com os ACSs. Nesse período, também acompanhei alguns atendimentos que eram avaliados por ela como importantes, com a justificativa de que pudesse dar continuidade ao tratamento dos pacientes. Mesmo com meu estranhamento diante de tal conduta e minhas interrogações a respeito, ela dizia que isso também fazia parte do treinamento. “Não há tempo, temos que ser objetivas” era uma fala recorrente durante as passagens de casos clínicos.

Após o treinamento, iniciei o trabalho angustiada, pois minha atuação clínica em nada se assemelha à da psicóloga que me treinou, além de uma suposta demanda de resolutividade em curto espaço de tempo. A necessidade de articulação clínica com a equipe e a discussão de casos, para poder interrogar o motivo dos encaminhamentos, além de condutas clínicas, tornou-se necessária. Com isso, solicitei à coordenadora a inclusão neste espaço, ressaltando sua relevância e potência. Di Ciaccia (2003) afirma a importância da prática entre vários na instituição. A reunião de equipe é um importante eixo de trabalho, um lugar de compartilhamento de experiências que evita com que o sujeito seja apenas passível de intervenções clínicas e o tratamento de seus sintomas ocorra apenas por meio de medicações, seguindo protocolos ou manuais diagnósticos. Através do discurso do paciente, possibilita-se a construção do caso clínico e a troca de dificuldades, angústias e impasses no tratamento.

Segundo Jorge (2017), através da experiência percebemos a necessidade de reinventar a atuação clínica com orientação psicanalítica. A construção do trabalho seguia em processo e demandas de setores de emergência começaram a surgir. Poucos dias após me apresentar no local, uma enfermeira, que atuava no serviço de pediatria, foi até a sala da psicóloga e perguntou se poderia ajudá-las. Tratava-se de uma paciente adolescente internada, com queixas orgânicas, dores em diversas partes de seu corpo, porém sem nenhum exame que confirmasse a causa. A médica compartilhou o caso, seguido de algumas observações na relação da paciente com a mãe, que a acompanhava. Ao ofertarmos escuta àquela paciente, em um ambiente reservado, ela pode dizer o que estava causando seu sofrimento, mas não sabia como contar para sua mãe, solicitando à psicóloga que a chamasse para dizer a ela naquele momento. A oferta da escuta criou a demanda da paciente. Considerando que se tratava de um atendimento emergencial, avaliei a importância de proporcionar esse encontro como um suporte para dizer algo que era insuportável fazer por si mesma.

Devido aos agendamentos realizados previamente, esses momentos se tornaram cada vez menos possíveis. A busca por atendimentos psicológicos era intensa e rapidamente a agenda estava completa. Não era possível estipular um limite no número de atendimentos devido à impossibilidade de prever a duração de um tratamento, tomando a atemporalidade dos processos inconscientes, como Freud (2019/1913) havia afirmado, dessa forma o tempo não é cronológico, nem mensurável, há algo que é produzido a partir do próprio tratamento. Com isso, novos casos considerados urgentes surgiam, encaixes - atendimentos que não constavam nos horários pré-estabelecidos - eram realizados e um número cada vez maior de atendimentos diários, de difícil manejo, se sucediam com intervalos de, em média, 30 minutos. Através da supervisão clínica, estudo da teoria e análise pessoal, tripé necessário para a atuação clínica de orientação psicanalítica, pude entender que seria necessária uma mudança na forma de trabalho, pois seria insustentável seguir da forma que ocorria. Uma reorganização e um reposicionamento tornaram-se necessários.

Através de reuniões com a coordenadora e com os pares de outras unidades, além da experiência clínica vivenciada, pude compreender que a busca por atendimento psicológico na região era intensa, uma vez que não contavam com uma rede de saúde, tanto

pública quanto privada. Além disso, somou-se o início da comercialização de planos de saúde a preços populares e convênios com empresas próximas geograficamente, intensificando ainda mais a demanda para atendimentos. A unidade seguia com o mesmo quantitativo de profissionais na equipe de coordenação do cuidado, portanto, apenas uma psicóloga.

Diante dessa nova realidade e com a nova coordenação técnica contratada, o trabalho foi modificado. O atendimento psicológico passou a ser voltado à saúde mental, caracterizada por casos de maior complexidade e gravidade, com o objetivo de reduzir as internações psiquiátricas de alto custo para a empresa. Nesse período, treinamentos foram realizados para a implantação do novo dispositivo nas unidades e uma lista de diagnósticos, como transtornos depressivos grave, transtornos de personalidade, lesões autoprovocadas intencionalmente, dentre outros, foi enviada aos médicos para a triagem dos casos encaminhados aos psicólogos.

Mais uma vez, o trabalho exige certa criatividade e manejo clínico. Não havia uma rede que pudesse complementar o trabalho clínico desenvolvido no âmbito da atenção primária, o único recurso disponível era a internação em hospitais psiquiátricos credenciados pelo plano de saúde de acordo com a contratação, que eram ao máximo evitadas, não por seu custo, mas pelo modelo manicomial que muitos ainda utilizavam. Em geral, os pacientes recebiam altas doses de medicação e nenhum plano terapêutico era elaborado.

Dessa forma, o trabalho com a equipe multiprofissional foi intensificado, atendimentos conjuntos realizados em momentos de crise, discussão de casos e, apesar das limitações, sustentávamos a atuação clínica em constante comunicação com as respectivas coordenações quando articulações com a rede eram necessárias. Núcleos de saúde mental com psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos na equipe começaram a ser implementados, pois a rede era precária nesse setor.

Um paciente de aproximadamente 25 anos foi encaminhado por uma das médicas de família devido a um quadro depressivo grave que trazia prejuízos à sua rotina, impactando sua autonomia. Ele estava afastado de seu trabalho em um mercado, pois, com uma faca em mãos, disse que tiraria a própria vida. O paciente compareceu à consulta médica acompanhado de seu pai que buscava suporte para o tratamento medicamentoso do

filho. O rapaz iniciou os atendimentos psicológicos e estavam prescritas altas doses de medicação, apresentava-se prostrado e com dificuldades de articulação da fala. Após a primeira consulta psicológica, fui interrogar a médica sobre o esquema medicamentoso, esta disse que não havia atendido o rapaz, apenas seu pai. A partir desta interrogação, na consulta médica seguinte, algumas mudanças na medicação foram propostas. Esse breve recorte aponta que, somente através da escuta do sujeito que está em sofrimento, podemos intervir para que este possa falar sobre o que experencia, pois ninguém pode falar em seu lugar.

Algum tempo após a consolidação do trabalho, houve uma mudança no contrato dos trabalhadores da equipe multiprofissional que passaram a prestar serviços por meio de pessoa jurídica, cabe destacar que esse processo ocorreu durante a pandemia de COVID-19. Nessa forma de trabalho, não há direitos trabalhistas garantidos em lei, como férias remuneradas, décimo-terceiro salário, jornada de trabalho regulada, dentre outros. O profissional recebe apenas um valor estipulado por hora trabalhada, caso adoença ou esteja impossibilitado de realizar suas atividades, não há nenhum acordo, logo, não há nenhuma garantia.

Este fato causou um grande impacto na forma de prestar assistência, pois apesar dessa mudança, a cobrança por produtividade permanecia e aumentava. Com isso, os atendimentos conjuntos, a avaliação dos casos em momentos de urgência e emergência pela equipe foram cada vez mais restringidos. Não havia tempo disponível na agenda para que isso ocorresse e as horas adicionais não eram pagas. O recurso possível era o serviço de emergência da unidade para avaliação clínica, realizado por médicos plantonistas que não acompanhavam os pacientes, apenas medicavam. Os médicos de família retornaram aos seus consultórios e as reuniões de equipe tornaram-se o único espaço possível para a articulação dos casos, entretanto, devido ao intenso quantitativo de pacientes, estas não eram suficientes.

Antunes e Druck (2015) afirmam que a hegemonia do lucro afeta além da dimensão econômica, a vida social, alterando o modo de trabalho e de viver. Devido à volatilidade, insegurança e a sensação de descarte, a lógica de curto prazo incentiva essa constante renovação tecnológica e de “capital humano”, logo os trabalhadores tornam-se descartáveis, como as mercadorias. O novo modelo de contratação (pessoas jurídicas) opera

com o curto prazo de empregabilidade devido às novas formas frágeis e precárias de contrato, constantemente os trabalhadores são repostos, em geral, com a justificativa das empresas de redução de gastos ou de mudanças no direcionamento de trabalho. No contexto de um trabalho multiprofissional na área de saúde baseado no modelo da ESF, que tem a longitudinalidade como um de seus princípios, observamos os efeitos na clínica, tais como a interrupção do atendimento aos pacientes, dificuldades na prevenção de agravos e manutenção da saúde, o tratamento é restringido à resolução de queixas clínicas pontuais.

Nesse cenário, um paciente com histórico de tentativas de suicídio e automutilação queria iniciar o processo de hormonização¹² e foi encaminhado por uma médica de família para tratamento psicológico, uma vez que considerou necessária uma avaliação psiquiátrica e psicológica antes de medicá-lo. Na consulta com a psicóloga, ao contar sua história, disse que um dia estava indo para a academia quando de repente algo veio à sua cabeça a seguinte convicção: “sou uma mulher”; a partir disso, teve a certeza de que era uma mulher. Na consulta seguinte, contou que iniciou o processo medicamentoso no mesmo dia da primeira consulta com a psicóloga, pois foi avaliado por outra médica de família, nova na equipe, que se interessava e era referência no tratamento à transexuais. Em uma discussão de casos clínicos, ao questionar a médica sobre o parecer do psiquiatra que já o acompanhava, afirmou não ser necessário a consulta com o profissional, pois aquele era o protocolo para “esses casos” (SIC).

Ao abordarmos esse recorte clínico, retomamos Freud (1912) e sua recomendação sobre a importância de colocarmos nossos afetos de lado, pois impossibilitam a escuta do outro. A fixação da atenção em qualquer elemento deve ser suspensa, pois o que é articulado na fala do paciente opera em uma lógica que inclui a dimensão do “só-depois” para sua significação. O não-saber é uma condição para o tratamento, pois o saber deve ser unicamente do sujeito. Quando selecionamos algo da fala do outro, isso diz respeito apenas aos nossos interesses ou resistências (JORGE, 2017).

¹²A hormonização, terapia hormonal ou hormonioterapia, é uma intervenção de saúde utilizada como uma estratégia utilizada por pessoas transexuais ou travestis para se expressarem e serem reconhecidas pela sociedade dentro dos limites do gênero com o qual se identificam ou com o qual preferem ser identificadas. (UNIFESP, 2020)

Após aproximadamente três anos desenvolvendo o trabalho na zona oeste do Rio de Janeiro, recebo uma nova proposta para atuar em uma unidade própria da empresa. Trata-se do mesmo modelo apropriado da ESF, porém no espaço de um órgão público, com o objetivo de atender clinicamente os servidores, e seus dependentes, devido aos altos índices de afastamento por questões de saúde mental. Trata-se do maior contrato da empresa no Rio de Janeiro e, portanto, a implementação do modelo voltado à atenção primária, considerada ideal de funcionamento, é o objetivo da gestão. A equipe é composta, atualmente, por uma médica de família e comunidade, uma enfermeira com especialização em saúde da família, um agente comunitário de saúde (técnico de enfermagem), uma recepcionista, uma fisioterapeuta e duas psicólogas. Em consequência da alta procura por atendimento psicológico, foi possível ampliar a equipe.

Há pouco mais de um ano, venho desenvolvendo o trabalho clínico em um órgão público que fornece saúde privada aos seus funcionários. Bahia (2012) assinala que a determinação de uma impossibilidade contínua para ampliar o financiamento do SUS, visando uma melhor qualidade e acesso aos serviços, está diretamente relacionada à convocação do setor privado para desempenhar funções, assistenciais e fiscais, que seriam de responsabilidade do Estado. Dessa forma, amplia-se um mercado financiado com recursos públicos, como podemos observar nesse caso, onde há a oferta de planos de saúde, por meio de desconto na folha de pagamento dos servidores públicos que são pagos pelo Estado.

Desde o primeiro momento, a coordenadora (enfermeira) responsável pela unidade questionou o tempo necessário para os atendimentos psicológicos, pois tratava-se de um público “exigente e diferenciado” (SIC). Mais uma vez a questão do tempo é abordada, porém nesse cenário, foi possível instituir uma maior duração para a realização dos atendimentos agendados. Os atendimentos psicológicos são semanais e mantêm-se agendados previamente, inicialmente, sem um número previamente definido de sessões, portanto, sem tempo determinado para seu encerramento. Ressaltamos a diferença na oferta de tratamento de acordo com o público contratante, aos que tem mais recursos há a possibilidade de alterar o que está instituído, buscando melhorar os serviços prestados.

Freud (1913/2016) ressalta a importância dos elementos tempo e dinheiro para o início do tratamento analítico. Em relação ao tempo das sessões, o estabelecimento de um

horário fixo, pelo qual o paciente se responsabilizará também financeiramente, mesmo em caso de falta. Afirmo que limitações de tempo não são vantajosas para o analista e para o analisando, devendo ser descartadas no primeiro momento, e adverte sobre, eventualmente, a necessidade de dedicar mais tempo do que a média, dependendo do caso clínico. Quanto à duração do tratamento, justifica a exigência do início do trabalho conhecer “o passo do andarilho” (p.127) para poder calcular a durabilidade do processo. Contudo, não é possível responder a essa questão devido à atemporalidade dos processos inconscientes. As transformações psíquicas ocorrem em seu próprio tempo, de forma singular, ou seja, não é possível impor uma direção ou sequência do que será trabalhado.

Já em relação ao pagamento do analista, Freud (1913/2016) destaca que há “poderosos fatores sexuais que participam da apreciação do dinheiro” (p.131), e alerta para a possibilidade do aumento da resistência em relação ao tratamento quando este é gratuito. Portanto, o efeito regulador do pagamento ao analista tem efeitos importantes na condução de uma análise.

Conforme já mencionado, a unidade encontra-se nas dependências de um órgão público, sendo assim, tem seu funcionamento de acordo com o horário do expediente e os servidores realizam suas consultas no horário de trabalho. Com isso, faltas e atrasos ocorrem eventualmente, pois situações não esperadas impossibilitam a ida ao local de atendimento, tais como a não liberação da chefia, a realização de reuniões não agendadas previamente, dentre outros imprevistos da rotina. Quando estão de plantão, os aparelhos de telefone celular não podem ser desligados, muitas vezes sendo necessária a interrupção do atendimento devido a alguma “urgência”, impactando o andamento do tratamento psicológico.

Atendi, por aproximadamente um ano, um paciente que tem o cargo de motorista e chegou para atendimento devido a crises de ansiedade e sensação de irritabilidade que afetava sua rotina. No decorrer de seu tratamento, relata que precisava ficar integralmente à disposição do seu chefe, inclusive nos finais de semana e feriados. Por diversas vezes, foi solicitado que levasse familiares do chefe para eventos como jogos de futebol ou festas. Seu “chefe”, como o nomeava, tinha inclusive um toque diferente para recebimento de mensagens no celular, pois caso demorasse mais do que dois minutos, rapidamente recebia uma ligação onde era duramente interrogado sobre o motivo de não ter prontamente

respondido. Ao tratar dessas questões, pode estabelecer novos limites, reorganizar sua rotina e retomar o investimento em si mesmo, já que o fato de estar integralmente disponível para o trabalho trazia consequências para a sua rotina e nas suas relações familiares. A partir disso, pode realizar seu trabalho e lidar com sua família de outra forma, com menos angústia.

No início do ano de 2022, um novo processo de licitação ocorreu para determinar o plano de saúde dos servidores. Por se tratar de um órgão público, os contratos contam com prazos estipulados e estão disponíveis para consulta pública. Nesse período, os diretores do órgão responsável pela instituição fizeram levantamentos sobre o trabalho que é realizado na unidade. Com uma extensa lista de perguntas, questionaram cada um dos profissionais do serviço. Em relação à psicologia, após uma breve análise do currículo da profissional, buscavam saber quantos profissionais foram atendidos, o tempo que permaneciam em tratamento e quais os principais diagnósticos tratados. Ressalto que o artigo 6º do Código de Ética Profissional (2005) o psicólogo, na relação com profissionais não psicólogos, deve compartilhar “somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo” (p.12), dessa forma, não foi possível compartilhar os diagnósticos solicitados.

Após essa reunião, a lista de espera para atendimento psicológico estava com mais de trinta pacientes, sem previsão de altas na agenda. A necessidade de mais uma profissional era necessária, e após diversas reuniões, foi autorizada. A partir desse levantamento, foi determinado pelo diretor médico do órgão público que aquele não era o espaço próprio para a realização de tratamentos longos, os atendimentos deveriam ser baseados na “psicoterapia breve”, ou seja, tratar da principal queixa, amenizar o sintoma que afetasse a rotina do paciente e direcionar para a rede (entretanto, esta não consegue absorver os pacientes devido à alta demanda, principalmente após a pandemia). Apesar desse direcionamento, permaneço sustentando o trabalho com uma escuta orientada pela psicanálise, apostando na singularidade e na atemporalidade dos processos inconscientes, mesmo com a constante imposição do lucro, refletida em sua lógica de mais atendimentos em menos tempo. O tratamento psicológico permanece sem limites temporais de atendimentos nem número limitado de sessões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de questionamentos e estranhamentos originados da inserção clínica em serviços de saúde suplementar, por meio do manejo e da reinvenção da prática clínica imposta pela coordenação da empresa de saúde ou de um órgão público, sustentamos o trabalho clínico com uma escuta psicanalítica nesses espaços. Iniciamos retomando a história dos modelos assistenciais brasileiros em saúde, contrapondo com os estadunidense, canadense e inglês. A escolha destes ocorreu por serem considerados referência na empresa em que atuo, tidos como melhores e mais eficientes.

Através de uma revisão histórica dos modelos assistenciais destes outros países, investigamos como o conceito de saúde foi construído em suas sociedades e de que forma a prestação dos serviços ocorre atualmente. Nos EUA, o lucro é absoluto sobre a vida, a cobertura estatal de saúde é praticamente nula, sendo associada à algum vínculo empregatício, ou seja, as empresas que contratam os trabalhadores são responsáveis pelo acesso à saúde, em sua maior parte tendo como objetivo a produtividade. Dessa forma, trabalho e acesso à saúde estão intensamente relacionados. Já o Canadá investe no modelo de atenção primária, com suporte da saúde suplementar. Sua organização é descentralizada, e as províncias têm autonomia, porém a saúde pública é ofertada de forma universal à população. Enquanto o modelo inglês busca abranger toda sua população, de forma indistinta, por meio do financiamento estatal. A saúde é garantida pelo Estado e tem extensa participação da população. O modelo é centrado na atenção primária e sua resolutividade é um aspecto diferencial, a saúde privada ainda não encontrou espaço para desenvolver-se.

Demonstramos que no Brasil o SUS é uma conquista da população brasileira e, desde a sua criação, segue enfrentando diversos obstáculos, como problemas de subfinanciamento. Sua universalidade é amplamente problematizada, insiste-se no fomento aos serviços privados como suposta alternativa à falta de investimentos públicos, desresponsabilizando o Estado. Questões econômicas e políticas impactaram (e impactam) o orçamento direcionado à saúde, conseqüentemente, temos um setor público extremamente dependente da rede privada prestadora de serviços. Portanto, a criação e

efetivação do sistema público de saúde, ocorre concomitantemente à discussão da assistência médica suplementar, constituída pelos planos privados de saúde.

Constata-se um terreno altamente lucrativo, um mercado que constantemente oferta serviços mais do que investe em sua efetividade e qualidade, enriquecendo seus proprietários. Após uma pandemia com alto índice de mortes diárias, populações dizimadas, principalmente as mais vulneráveis, reitera-se a importância de que a saúde seja estendida a toda população de forma igualitária e universal, e não apenas a quem pode pagar por ela

Ao reconhecermos uma estreita relação entre os sistemas político-econômicos e a construção da promoção à saúde na sociedade, utilizamos as contribuições da psicanálise para sustentar a hipótese de que esta, atualmente, também foi transformada em mercadoria. O capitalismo neoliberal, baseado no modelo norte-americano, é o discurso dominante em nossa sociedade e na empresa na qual trabalhamos. Este modelo econômico é marcado pelo individualismo e a concorrência, estimulando o consumo como necessidade fundamental.

Nesse sentido, a indústria de bens de consumo e serviços ganha proporções cada vez maiores. Através de campanhas publicitárias, diferentes produtos se tornam cobiçados objetos de consumo, supostamente "indispensáveis" ao bem-estar e à felicidade. Dessa forma, a saúde também é agenciada como uma mercadoria e os planos de saúde, os meios necessários e exclusivos para obtê-la. Portanto, percorremos no presente trabalho a progressiva consolidação da saúde enquanto mercadoriano âmbito da saúde suplementar onde o imperativo é o lucro e a produtividade; porém, com o *slogan* do "cuidado integral" expropriado do SUS. Um tratamento longitudinal impossibilitado pelas condições de trabalho ofertadas aos seus "colaboradores", uma vez que devido às novas formas de contrato, estes também passam a ser descartáveis, sendo constantemente repostos.

Freud (1919/2019) adverte que será necessário adequar a técnica da psicanálise às novas condições, aos novos locais e formas de trabalho. Diante da precarização dos serviços públicos de saúde e a construção do ideal de que a saúde suplementar pode oferecer o fim do mal-estar presente nos corpos através de serviços comercializados como melhores, mais eficientes e tecnológicos, o que constatamos é o aumento do adoecimento psíquico, dos afastamentos laborais devido às questões de saúde mental, pois a imposição de seguir produzindo cada vez mais tem consequências também nos corpos. Assim,

entendermos que o trabalho é um determinante no processo saúde-adoecimento, torna-se um importante aspecto para futuras investigações relacionadas às questões de saúde do trabalhador, incluindo os profissionais de saúde (PMS-RJ, 2013).

A contemporaneidade é construída a partir do ideal e da promessa de felicidade. Através de seus produtos, atualizados por avanços tecnocientíficas, um constante progresso se faz disponível para consumo no mercado, muitas vezes calando os sintomas, como a utilização indiscriminada de medicações ansiolíticas, antidepressivas e neurolépticas. Com isso, sustenta-se a promessa de satisfação, através da ciência aliada à tecnologia, ofertando incessantemente supostos meios de obtê-la e, dessa forma, negar o mal-estar constitutivo do laço social.

Portanto, observamos uma diferenciação importante no próprio conceito de saúde. Enquanto, no âmbito público este é localizado a partir de fatores determinantes e condicionantes de vida, no setor privado esta é caracterizada a partir da doença e precificada. A saúde suplementar é realizada através de um convênio, porém os objetos que agenciam são a vida, a saúde e o bem-estar, através de uma seleção segmentada de seus beneficiários e da oferta de atendimento de acordo com o seu poder de compra. A imposição do capital fica evidente. Ressaltamos que os planos de saúde privados são regidos principalmente pelo lucro, pela concorrência e pela disputa de preços e de mercado.

Assim, apesar deste modelo, que se apropria do SUS, fagocitar e transformar o que pode em mercadoria, a prática clínica em psicanálise é um recurso para sustentar e refletir o trabalho, pois opera em outra lógica, a do sujeito. Apostamos na promoção de mudanças na realidade do serviço, a partir de questionamentos diante das imposições e das reproduções da rotina, assim como na vida dos sujeitos que buscam amenizar suas angústias, garantindo a singularidade e a especificidade de cada caso.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. Limites e fronteiras das políticas assistenciais entre os séculos XVI e XVIII. *Continuidades e alteridades. Varia História*. Belo Horizonte: UFMG, 2010, v. 26, n. 44, p.374-371.
- ABREU, J.L.N.; NOGUEIRA, A.; KURY, L. Na saúde e na doença: enfermidades, saberes e práticas de cura nas medicinas do Brasil Colonial (séculos XVI-XVIII). In: TEIXEIRA, L.A.; PIMENTA, T.S.; HOCHMAN, G. (Orgs.). *História da saúde no Brasil: uma breve história*. São Paulo: Hucitec. 2018, cap.1, p. 27-66.
- ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. *O Social em Questão*, 2015, v.18, n.34, p. 19-40.
- BAHIA, L. O mercado dos planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. Campinas: In: *Parte 4 - O sistema de saúde suplementar (o sistema privado de atenção à saúde)*. Brasil: Radiografia da Saúde. Ed. UNICAMP, 2001, p. 325-361.
- ___ As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 2008, v.13, n.5, p. 1385-1397.
- ___ O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & saúde coletiva*, 2009, v.14, p. 753-762.
- ___ . Financeirização da assistência médico-hospitalar no Governo Lula. In. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p.91-113.
- BECKER, G.S. *Human Capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education*. 3rd ed. University of Chicago press, 1993.
- BRANDÃO, J.R.M. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019, v.35.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgado em 5 de outubro de 1988. *Diário Oficial da União*. Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Brasília, DF.
- ___ . Decreto n.1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Brasília, DF.

- ____. Emenda Constitucional n.95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- ____. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- ____. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- ____. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- ____. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- ____. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2012. Brasília: DF. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>
- ____. Portaria n.2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- ____. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Financeirização da saúde. Fiocruz: *Cad. saúde pública*, 38, sup. 2.
- BRAVO, M.I.S.; PELAEZ, E.J; DE MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *Ser Social*, 2020, v.22, n.46, p. 191-209.
- CANADA'S HEALTH SYSTEM. Reports and publications. Government of Canada. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>

- CANDIDO, L. F. M. *Foucault e o liberalismo*. 2020. 325 f. Tese (Doutorado em Filosofia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2020.
- CATANI, A. M. O que é capitalismo. Coleção primeiros passos, v.4. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2017
- CORREIA, M.V. C.; DOS SANTOS, V. M.; ALVES, P. K. L. A mercantilização da saúde no enfrentamento da COVID-19: O fortalecimento do setor privado. *Humanidades & Inovação*, 2021, v.8, n.35, p. 71-85.
- COSTA, H; CHIORO, A.; SÓTER, A. P. M., et al. O golpe contra a democracia, a austeridade e o ataque ao SUS: 2016, o ano que não acabou. *Perseu: História, Memória e Política*, 2020, n.19, p. 136-164.
- COSTA-MOURA, F; FERNANDES, F. L. A psicanálise existe? Considerações sobre o materialismo da psicanálise. In *A materialidade da psicanálise*, org. Anna Carolina Lo Bianco. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
- COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. et al (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 394-395, 2005.
- CUNHA, J. P. P., CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L. M. *Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: COOPMED, Cap.2, p. 11-26, 1998.
- DARRIBA, V.; D'ESCRAGNOLLE, M. A presença do capitalismo na teoria dos discursos de Lacan. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 2017, v.20, p. 543-558.
- DE GÓES, C. (2008). *Psicanálise e capitalismo*. Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- DE MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19. *Humanidades & Inovação*, 2021, v.8, n.35, p. 25-35.
- DE SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. *Revista da Associação brasileira de saúde coletiva, Ciência & saúde coletiva*, v. 26, n. 2, sup. 2. ISSN 1678-4561, 2021.
- DI CIACCIA, A Inventar a psicanálise na instituição. In: *Usos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra capa, 2003, p. 33-38.
- DOMINGUEZ, B. Por dentro dos sistemas universais. *Radis: Comunicação em Saúde*, n.99. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz, 2010

- FONSECA, C.M.O. A história da política de saúde no Brasil (1889-1945): interpretações e trajetórias. In: TEIXEIRA, L.A.; PIMENTA, T.S.; HOCHMAN, G. (Orgs.). *História da saúde no Brasil: uma breve história*. São Paulo: Hucitec. 2018, cap.10, p. 403-429.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. Trad: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2022.
- FREUD, S. Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico. In *Obras incompletas de Sigmund Freud. Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019. (Original publicado em 1912).
- FREUD, S. Sobre o início do tratamento. In *Obras incompletas de Sigmund Freud. Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019. (Original publicado em 1913).
- FREUD, S. Caminhos da psicoterapia psicanalítica. In *Obras incompletas de Sigmund Freud. Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019. (Original publicado em 1919 [1918]).
- FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu. In *Obras completas*, v. 15. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. (Original publicado em 1921).
- FREUD, S. O problema econômico do masoquismo. In: *Obras completas*, v. 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2013. (Original publicado em 1924).
- FREUD, S. O mal-estar na civilização. In *Obras completas*, v. 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. (Original publicado em 1930).
- FREUD, S. Novas conferências introdutórias à psicanálise: Acerca de uma visão de mundo. In *Obras completas*, v. 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. (Original publicado em 1933).
- GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência&SaúdeColetiva*, 2018, v.23, p. 1763-1776.
- GREENGROSS, P.; GRANT, K.; COLLINI, E. *The history and development of the UK National Health Service 1948-1999*. Health System Resource Centre, United Kingdom, 1999.
- HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Editora Fiocruz, 2005.

JORGE, M.A.C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol.3:a prática analítica*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2017.

LACAN, J. *O seminário, livro 07: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. (Seminário original de 1959-1960)

LACAN, J. *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. (Seminário original de 1968-1969)

LACAN, J. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992. (Seminário original de 1969-1970)

LACAN, J. *O seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. (Seminário original de 1971)

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Obra original publicada em 1953).

LACAN, J. A ciência e a verdade. In. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Obra original publicada em 1966).

LACAN, J. Radiofonia. In. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. (Obra original publicada em 1970).

LACAN, J. A terceira. In. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Original publicado em 1974).

LACAN, J. *Do discurso psicanalítico*. Trad. Sandra Regina Felgueiras. Milão: La Salamandra, 1972.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 4ª ed. (Obra original publicada em 1967).

LIBERATO, C. C. G. O Sistema de Saúde Americano, construído como “colcha de retalhos”. *BrazilianJournalofDevelopment*, 2021, v.7, n.5, p. 51093-51104.

LUSTOZA, R. Z. O discurso capitalista de Marx a Lacan: algumas consequências para o laço social. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 2009, v.12, p. 41-52.

MACHADO C.V.; BAPTISTAT.W.F.; LIMAL.D. (orgs.) *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 91-113.

MACHADO, R. *et al. Danação da norma: A medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

- MALCHER, F.; FREIRE, A. B. Laço social, temporalidade e discurso: do Totem e tabu ao discurso capitalista. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 2016, v.19, p. 69-84.
- MARINHO, A.; MORENO, A.; CAVALINI, L., *Avaliação descritiva da rede hospitalar do sistema único de saúde (SUS)*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001, n. 848, ISSN 1415-4765.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política: livro 1: o processo de produção do capital*. Trad. Rubens Enderle. 2.ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2017. (Original publicado em 1867).
- MARX, K; ENGELS, F. *Manifesto Comunista*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010. (Original publicado em 1848).
- MEDICAID. Disponível em: <https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html>
- MEDICARE. Disponível em: <https://www.medicare.gov/>
- MENICUCCI, T.M.G. A política de saúde no governo Lula. *Saúde e Sociedade*, 2011, v.20, n.2, p. 522-532.
- MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2014, v.21, n.1, p.77-92.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, v.1, p. 59-72.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MORETTO, M. L. T. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”*. 2006. 251f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- NHS. Guidance: The NHS Constitution for England. Department of Health and Social Care. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>
- NORONHA, J. C.; DOMINGUEZ UGÁ, M.A. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: *Sistemas de saúde, continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec*, 1995. p. 177-218.

- OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, F. *Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 1986
- PAIM, J.S. Período Itamar. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 193-202. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-10.pdf>
- PAIM, J.S. Período Collor. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 183-192. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-09.pdf>
- PAIM, J.S. Período FHC. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 203-239. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-11.pdf>.
- PEGORARO, A.P.A. O sistema de saúde no Brasil e nos Estados Unidos: uma análise comparativa. *Anais III Fórum Brasileiro de Pós-Graduação em Ciência Política-UFPR*, 2013.
- PINTO, R. M. F.; GARCIA, M. S. M. P.; GONÇALVES, A. M. S. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. *Revista científica Intraciência*, v.19, p.1-9, 2020.
- PIMENTA, T. S.: Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 11 (suplemento 1), p. 67-92, 2004.
- QUINET, A. Teoria e clínica da psicose. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora forense universitária, 2014.
- RAMOS, K. C. B. *Sistema Único De Saúde Brasileiro X Sistema De Saúde Norte Americano: um estudo comparativo*. 2017. 14 F.Artigo científico (Especialização em gestão pública) - Unisul, Santa Catarina, 2017.
- REIS, C.O.O. O Estado e os planos de saúde no Brasil. Brasília: *Revista do Serviço Público-ENAP*, 2000, n. 1, p. 125-148.
- REIS, C.R.; PAIM, J.S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 2018, n.58, p.101-114.
- RIBEIRO, M. M. *A ciência dos trópicos: A arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997.

- RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PMS-RJ) 2014-2017*. Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf
- SAFATLE, V.; DA SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. (Orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.
- SANGLARD, G.; FERREIRA, L. O. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, L.A.; PIMENTA, T.S.; HOCHMAN, G. (Orgs.). *História da saúde no Brasil: uma breve história*. São Paulo: Hucitec. 2018, cap.4, p. 145-66.
- SANTANA, A.F.S. *A noção de saúde suplementar no Brasil: uma leitura apoiada na teorização lacaniana dos discursos*. 2018. 123f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.
- SANTOS, J.C.; MELO, W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. Gerais: *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2018, v.11, n.1, p. 79-98.
- SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciência & saúde coletiva*, 2021, vol, 26, p. 3781-3786.
- SHEARD, S. *A creature of its time: the critical history of the creation of the British NHS*. Michael Quaterly, 2011, v. 8, p. 428-441.
- SILVA JUNIOR, A.G.; ALVES, C.A.; et al. *Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas*. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- SILVA, H. P. Regulação econômica do mercado de saúde suplementar no Brasil. 2003. 235f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.
- SOARES, L. T. R. *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- SOLER, C. O Discurso Capitalista. *Revista de Psicanálise Stylus*, 2011, n. 22, p. 55-67.
- SOLER, C. El discurso capitalista y el discurso analítico. *A qué se llama la perversión*. Colômbia, Medellín: Asociación Foro del Campo Lacaniano de Medellín, 2007. ISBN 978-958-44-1597-4.

- SOUZA, L. M. *O diabo e a terra de Santa Cruz: feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial*. São Paulo: Companhia das letras, 1995.
- TANAKA, O.Y.; OLIVEIRA, V.E. Reforma (s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*, 2007, vol. 16, p. 7-17.
- TEIXEIRA, L.A.; PAIVA, C. H. A. Saúde e reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia. In: TEIXEIRA, L.A.; PIMENTA, T.S.; HOCHMAN, G. (Orgs.). *História da saúde no Brasil: uma breve história*. São Paulo: Hucitec. 2018, cap.11, p. 430-464.
- TEIXEIRA, L.A.; PIMENTA, T.S.; HOCHMAN, G. (Orgs.). *História da saúde no Brasil: uma breve história*. São Paulo: Hucitec. 2018.
- TOLEDO, M.A. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*. São Paulo: edição comemorativa do 1º centenário do hospital central e 4º centenário da Santa Casa, 1984.
- VIANA, G., LIMA, J. F. D. Capital humano e crescimento econômico. *Interações (Campo Grande)*, 2010. v.11, p. 137-148.
<https://doi.org/10.1590/S1518-70122010000200003>
- VILARINHO, P.F. *A formação do campo da saúde suplementar no Brasil*. Dissertação. 2003. 154 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Empresarial) – Curso de Mestrado Executivo, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2003.
- WEBER, M. *A ética protestante e o “espírito” do capitalismo*. Trad: José Marcos Mariani de Macedo. São Paulo: Companhia das letras, 2019. (Original publicado em 1864-1920).