

SAÚDE DA MULHER E O CONTROLE SOCIAL NO BRASIL EM TEMPOS DE NEOLIBERALISMO

Clair Castilhos Coelho¹

RESUMO

O presente artigo reúne um conjunto de reflexões sobre o domínio da etapa neoliberal do capitalismo no Brasil. Esta fase ocorreu no país principalmente a partir do governo Collor o que coincide com a implantação do Sistema Único de Saúde. A partir da análise do debate ideológico e do uso das palavras, como disfarce, foi evidenciada a influência sobre a implementação do SUS. Também foi ressaltada a consolidação da ditadura do capital, o enfraquecimento do debate e da argumentação necessária ao exercício do controle social, assim como a hegemonia do pensamento neoliberal sobre as políticas públicas. Como exemplo concreto é examinado o perfil da saúde da mulher, mortalidade materna e aborto à luz das políticas de atenção integral à saúde da mulher.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Neoliberalismo; Capitalismo; Políticas Públicas de Saúde; SUS.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo é originário de minha intervenção como painalista, no Seminário Nacional “Atenção à Saúde, Gênero e Saúde da Mulher”, sob o título “Gênero e Saúde da Mulher: análise crítica a partir do Controle Social”. O referido Seminário foi realizado pela Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), do Conselho Nacional de Saúde, de 29 a 31 de agosto de 2007 em Brasília, DF.

A base de construção da exposição e do presente texto é um conjunto de reflexões sobre artigos de Marco Aurélio Weissheimer (2007), “a escolha nada inocente das palavras”; de César Benjamim, “A arte de rotular”; de Vicente Navarro, “A Luta de Classes em escala mundial”; da tese de doutorado de Alcides Rabelo Coelho, “O urbano e o sanitário na Globalização”, o livro “Que controle social?” de Maria Valéria Costa Correia, além de material acumulado na prática do magistério e, em diálogos, na militância feminista e sanitária (BAKHTIN, 1995, TESTA, 1997). As informações e dados contidos nos artigos são expostos e acrescidos de comentários que são brevemente fundamentados em Mikhail Bakhtin e Mário Testa.

Sendo assim, esse artigo não apresenta um formato estritamente convencional, segundo as exigências das normas acadêmicas. A organização do texto ocorre em três momentos principais:

- considerações sobre o neoliberalismo e a ditadura do capital,
- conseqüências sociais e econômicas no Brasil com ênfase na saúde da mulher, mortalidade materna e aborto,

¹ Mestre em Saúde Pública, Professora Adjunta IV, Departamento de Saúde Pública da UFSC. Conselheira do Conselho Nacional de Saúde. Coordenadora da Comissão Intersetorial da Saúde da Mulher no Conselho Nacional de Saúde. Integrante do Conselho Diretor da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. E-mail: clair@matrix.com.br

- a estratégia ideológica usada para o convencimento da sociedade por meio do uso de palavras e rótulos.

2 CONSIDERAÇÃO SOBRE O NEOLIBERALISMO

No Brasil, a marca dos nossos tempos, principalmente a partir dos anos 90 do século passado tem sido a do domínio do neoliberalismo, fase atual do capitalismo. Esse comando é sustentado nos principais fóruns econômicos, políticos e sociais dos países capitalistas desenvolvidos e nas agências internacionais que estes influenciam como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BIRD), a Organização Mundial do Comércio (OMC), além das agências técnicas das Nações Unidas, como a Organização Mundial de Saúde (OMS). (NAVARRO, 2006).

A expansão do neoliberalismo começou nos Estados Unidos, durante a administração do Presidente Carter, expandiu sua influência na administração do Presidente Reagan e, no Reino Unido, na administração da Primeira Ministra Margaret Thatcher, para se tornar uma ideologia internacional (NAVARRO, 2006).

A introdução dessa ideologia, assim como seus métodos e práticas se deu na América Latina mediante o Consenso de Washington. Ocorreu um profundo ajuste estrutural na região que exigiu, entre outros fatos, a abertura dos países ao capital internacional, a desterritorialização, privatizações, flexibilização das relações de trabalho, perda de direitos, estado mínimo, guerra ideológica, conceitual e de discursos.

A ideologia neoliberal foi a resposta das classes dominantes aos ganhos substanciais conquistados pelas classes operária e camponesa, entre o fim da Segunda Guerra Mundial e meados da década de 70.

A conjuntura resultante do Consenso de Washington foi um enorme aumento das desigualdades, desemprego, miséria, exclusão social, migrações, violência, como decorrências diretas da polarização e da concentração da renda nas classes dominantes, uma consequência das políticas públicas de classe. A ação do Estado passa a ter seu foco principal na direção do favorecimento do capital e das restrições ao social.

No plano político, a América Latina consegue superar o ciclo autoritário das sanguinárias ditaduras militares que assolaram a região entre os anos 60 e início dos anos 80 do século passado, para adentrar, nos anos subseqüentes, numa certa normalidade democrática, os Estados democráticos de direito. Mas, na prática, cai nas teias sutis e perversas da ditadura do capital. No Brasil este processo ocorre a partir dos anos 90, com a eleição de Fernando Collor para presidente, sendo consolidado com as duas eleições de Fernando Henrique Cardoso e, em seqüência, com Luis Inácio Lula da Silva.

As resultantes mais notórias são a desregulamentação dos mercados de trabalho contra os interesses da classe operária; a desregulamentação dos mercados financeiros, o que beneficiou grandemente o capital financeiro no período entre 1980 e 2005; e a desregulamentação do comércio de bens e serviços, o que beneficiou a população com elevada capacidade de consumo (NAVARRO, 2006).

As ações da área social limitaram-se a programas assistenciais de auxílio à pobreza, quando necessários e complementares à filantropia privada, aos trabalhos voluntários por parte da comunidade e/ou mediante Organizações não Governamentais (ONGs) que, em muitos casos, visam substituir o papel do Estado. E assim é até os dias atuais.

Ocorreram mudanças essenciais na Constituição de 1988 a ponto de transformar a própria natureza do Estado brasileiro. Em 15 anos de vigência da nova Constituição, a descaracterização foi marcante.

Com 15 anos completados neste domingo, a Constituição brasileira mantém a tendência permanente de reformas. Já bateu todos os recordes de alterações, se comparada com as anteriores. Sofreu 46 emendas. Alguns capítulos, como o da ordem econômica, mudaram por completo: de monopolistas e estatizantes passaram a abertos e privatistas. Cada candidato a presidente acostumou-se a incluir em seu programa de governo mudanças constitucionais. [...]. Quando terminar o ano, a Constituição promulgada em 5 out. de 1988 registrará, na Câmara, 1.138 projetos de emendas constitucionais. No Senado são 237, [...] o presidente que mais patrocinou emendas à constituição foi Fernando Henrique Cardoso, 35. (CONSTITUIÇÃO..., 2003).

A essas mudanças adicionaram-se as perdas nas relações trabalhistas, financeiras e comerciais, nocivas aos que vivem do trabalho, além da redução obrigatória das despesas públicas na área social. A privatização de serviços beneficiou os 20% mais ricos, à custa do bem-estar daqueles que dependem dos serviços públicos; a promoção do individualismo e do consumismo, prejudicando a cultura da solidariedade. Como efeito direto da insatisfação e alienação dos oprimidos, reforçada pela ostensiva tática de predomínio ideológico dos dominantes, cresceu de forma intensa o fundamentalismo doutrinário e a opressão cultural.

Enquanto isso, os governos e a grande maioria dos meios de comunicação, a chamada grande imprensa, que atua como um novo segmento político-partidário, desenvolveu uma retórica e um discurso teórico que homenageia a liberdade de mercado. Essa estratégia, vinculada à ocultação da aliança entre as transnacionais e os estados nacionais (os países em que estão sediadas), vem levando a sociedade a confundir governo e mídia com a própria democracia. O discurso predominante é o da abertura, da modernidade; discurso que provoca libelos anti-intervencionistas, em conflito com o aumento da intervenção estatal, em favor do financiamento do capital. Na realidade, ocorre uma privatização do Estado e um enfraquecimento do mesmo no que se refere à ação social.

Finalmente, o Estado passa a atender e promover, quase que exclusivamente, os interesses das classes dominantes e das unidades econômicas – as transnacionais – que acolhem esses interesses.

Essa vem a ser a tônica da tese do Estado Mínimo. A argumentação é a de que esse deve ser mais enxuto, ágil, dinâmico, livre da burocracia, da corrupção e do gigantismo. O alvo preferencial dessa tese são as empresas estatais, os servidores públicos e os direitos trabalhistas e previdenciários. As estatais denominadas de “elefantes brancos” e a política de pessoal no serviço público são sempre pressionadas a “cortar gordurinhas” ou demitir, diminuir o tamanho do Estado. Ocorrem reformas na Previdência, na Constituição, com os argumentos de tornar o país viável, de diminuir o “custo Brasil”, de que é preciso sair do atraso e adentrar na modernidade. Não hesitam em qualificar direitos históricos dos trabalhadores como privilégios, diminuindo-lhes a legitimidade e o mérito. As reformas, ao invés de melhorar coisas erradas e/ou ultrapassadas, nada mais são do que mecanismos criados para propiciar a perda de direitos dos trabalhadores, obtidos em longas décadas de mobilizações e militância. Do mesmo modo usam das reformas para diminuir o protagonismo do Estado como fomentador e proponente de políticas públicas. Na realidade, seu grande objetivo é alcançar o Estado mínimo para o social e Estado máximo para o capital.

É nesse contexto e nessa conjuntura adversa que, no Brasil, a partir de 1990 os movimentos sociais se articularam em favor da implementação dos serviços públicos de saúde preconizados na constituição de 1988 e em suas leis orgânicas. Constituição essa que consagrou em seu texto o Sistema Único de Saúde (SUS), e os correspondentes mecanismos de controle social. A regulamentação dos preceitos constitucionais deu-se mediante duas Leis Orgânicas para a saúde (LOS), a Lei n. 8080 de 1990 e a Lei n. 8142 do mesmo ano. A Lei n. 8142 de 1990 foi um exemplo de como a mobilização da sociedade é capaz de retomar as prerrogativas sociais, políticas e administrativas sustadas pelo governo neoliberal de Fernando

Collor. Isto porque o texto dessa lei foi praticamente composto dos artigos vetados na Lei n. 8080 de 1990, quanto aos seus dispositivos relacionados à participação popular, controle social e financiamento. É preciso lembrar que essas duas leis consagram em seus textos a necessidade da participação popular e o controle social da Sociedade sobre o Estado.

As reformas nas instituições públicas brasileiras, são balizadas pelo Plano Diretor da Reforma do Estado de 1994 sendo, nessa ocasião, Ministro da Administração e Reforma do Estado o economista Luiz Carlos Bresser Pereira. Na área da saúde, além da Reforma Administrativa de Bresser Pereira, os rumos foram ditados pelo relatório do Banco Mundial de 1993 “Investindo em Saúde” que definiu, nesse período, todas as políticas setoriais na América Latina. No entanto, o ataque frontal aos estados nacionais feito pelo Banco Mundial no referido documento não traz a comprovação em nenhum momento que a prestação da assistência médica feita pelas empresas privadas venha ser a menos iníqua, a mais eficiente e de menor custo. (COELHO, 1998).

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTROLE SOCIAL

Em face das reformas neoliberais e da ingerência de órgãos econômicos e financeiros poderosos como o Banco Mundial e o FMI, no redirecionamento das decisões internas dos países submetidos ao Consenso de Washington, o controle social adquiriu uma importância estratégica e tática para a sobrevivência das políticas sociais.

O Controle Social no SUS está garantido pela Constituição da República de 1988, pela Lei n. 8080 de 1990 e principalmente na Lei n. 8142 de 1990. O Controle Social “é a possibilidade de a sociedade organizada intervir nas ações do Estado, no gasto público, redefinindo-o na direção das finalidades sociais, resistindo à tendência de servir com exclusividade à acumulação de capital” (CORREIA, 2000). Na linguagem corrente da militância do movimento sanitário, o Controle Social trata da organização, atuação e intervenção dos diferentes segmentos sociais na fiscalização, monitoramento e avaliação do funcionamento do Sistema Único de Saúde.

É exercido mediante a participação da sociedade organizada nas Conferências, de forma periódica, e nos Conselhos de Saúde de maneira permanente. Estes são os mecanismos mais conhecidos; no entanto, é possível recorrer ao Ministério Público, ao Parlamento, aos meios de comunicação, enfim, a todas as formas possíveis, pelas quais a vontade popular pode se expressar e solicitar intervenção para a mudança. Nos Conselhos de Saúde e nas Conferências, a participação dos usuários do SUS, ocorre de forma paritária aos demais segmentos como os gestores, prestadores e profissionais de saúde. Essa paridade confere um grande poder de intervenção aos representantes dos usuários daí a necessidade de capacitação e conhecimentos político e conceitual, dos(as) conselheiros(as) e delegados(as), necessários a uma atuação comprometida e consistente.

O controle social é um dos mecanismos usados pela sociedade organizada na disputa entre o Estado, a Sociedade e o Mercado. Atua para que a composição do orçamento e o destino do dinheiro público sejam destinados ao financiamento das políticas sociais de interesse da classe trabalhadora, dos excluídos em geral, tais como: na infra-estrutura das cidades, na melhoria das condições de vida e moradia; na preservação e cuidados ambientais, ao invés de, majoritariamente, ser direcionado para o financiamento do Capital na forma de renúncias fiscais, perdões das dívidas do agro-negócio, omissão na regulação e fiscalização dos serviços e lucros bancários, “tarifários” abusivos dos serviços públicos privatizados, promiscuidade do dinheiro público com investimentos privados (PPPs), além de impostos impúblicáveis e da formação do “superávit primário”.

O Controle Social para ser exercido a favor da sociedade exige de seus sujeitos a compreensão do verdadeiro significado das palavras e dos discursos. Como a prática do Controle Social ocorre nos fóruns onde as ações são predominantemente discursivas, mediante uma retórica argumentativa (técnica e política) para a defesa de idéias e princípios, é necessário que haja competência e conhecimento do significado das palavras, das siglas, das expressões próprias da área de ação, para se obter bons resultados. Na verdade, a confiabilidade das fontes de informação e a clareza na comunicação são condições indispensáveis para bons resultados na luta ideológica.

O Neoliberalismo travou essa luta e, por enquanto, ganhou. Para esse ganho sempre contou e ainda conta com grandes oradores sofistas. Pela primeira vez na história da economia mundial os Estados perdem poder e estão sendo substituídos por um mercado mundial centrado nas empresas multinacionais.

Autores de esquerda como Susan George e Eric Hobsbawm consideram a globalização como a causa das crescentes desigualdade e pobreza do mundo (NAVARRO, 2006). Há consenso entre os autores que os Estados estão perdendo poder na ordem internacional, o poder das multinacionais substituiu o dos Estados. No entanto, há gastos do Estado, gastos sociais, que não são feitos no sentido da reprodução do capital. São gastos determinados pela luta de classes, com finalidades sociais. (OLIVEIRA apud CORREIA, 2000). É para a garantia desses “gastos” que, em verdade, são disputados os financiamentos das políticas sociais na arena institucional, onde acontece mais uma das instâncias da luta de classes.

4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO HISTÓRICO BRASILEIRO

Como é possível perceber a distribuição e destinação dos recursos orçamentários do Estado é conflitiva e difícil. Não só entre o Estado, os setores oprimidos da sociedade e a classe dominante, mas também entre os oprimidos e excluídos entre si. Isso ocorre na forma de relações de poder, assimetrias entre diferentes sujeitos sociais, discriminações entre brancos e negros, heterossexuais e homossexuais, diferenças geracionais, enfim, a arena existe, no sentido metafórico e no real.

As mulheres, na História da humanidade, sempre foram relegadas ao espaço doméstico, invisível e sem significação histórica ou política. Portanto, é fácil entender que, se para o conjunto da população já é difícil a partilha dos recursos públicos, para as mulheres essas dificuldades são exponenciais.

Historicamente, as políticas de saúde da mulher sempre foram vinculadas à maternidade e à infância, expressas nos Programas “Materno-Infantil”. Estas ações programáticas, e também pragmáticas, visavam reduzir as principais causas de adoecimento e morte das mulheres, mas somente nos seus aspectos vinculados à gravidez, ao parto e ao puerpério. Uma vez nascida a criança já se iniciavam as ações voltadas para o aleitamento materno. Nessa situação, nunca era considerada como autora e atriz de sua própria história. Nunca se colocava e era considerada como alvo central das políticas. O objetivo final se destinava aos bons resultados obtidos no crescimento, desenvolvimento e nascimento do feto. Que nascesse uma criança saudável e perfeita era a finalidade desejada. A mãe, em geral, embora nem sempre de forma explícita, era vista como causa secundária.

É possível que nas últimas décadas resida uma das razões pelas quais entre as reivindicações por novas políticas públicas, por parte dos movimentos de mulheres e movimento feminista, tenha se destacado a indispensável atenção à saúde integral da mulher,

assim como o direito de decidir pelo domínio de seu corpo, expropriado em muitos séculos de opressão política, econômica, cultural e religiosa.

Desde o início dos anos 80 a atenção integral à saúde da mulher é compreendida como promoção, proteção e recuperação dos corpos femininos, durante todo o ciclo vital, incluindo o período reprodutivo e gestacional. Mas, na prática, e na história brasileira, grande parte da população feminina só é objeto de algum cuidado de saúde quando está no período gravídico-puerperal. Tanto pela intensiva medicalização do parto, o que o torna muito rentável para o complexo médico-industrial-hospitalar, como pelos cuidados destinados ao feto e ao recém-nascido.

Em 1983 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa foi um grande avanço na formulação de políticas específicas destinadas às mulheres. Pela primeira vez foi preconizado o cuidado ao corpo das mulheres, de forma integral, durante todo o ciclo vital, incluindo as trabalhadoras, mulheres após a menopausa e agregando questões referentes aos direitos reprodutivos. Este programa teve grande dificuldade para ser implementado. Foi questionado por setores da esquerda, ligados ao movimento sanitário, que encobriam o preconceito mediante o discurso das ações integrais de saúde, alegando que o PAISM seria mais um programa vertical. Os setores religiosos, inseridos tradicionalmente no interior do aparelho de Estado, também investiram contra o programa qualificando-o de trazer implícito a possibilidade do aborto.

Como era de se esperar, o PAISM não foi implementado em toda a sua abrangência, foi sendo abandonado aos poucos, perdendo força política e legitimidade técnica. No entanto, ficaram suas idéias e práticas espalhadas nos municípios e em alguns estados da federação. Mas, a grande vitória, apesar de tudo, foi que o discurso sobre a saúde da mulher no interior das instituições de saúde começou a mudar e a ser entendido sob novas abordagens. É possível reconhecer que, mais que um programa, o PAISM foi uma filosofia política, um comportamento ideológico de valorização da mulher, um conjunto de estratégias políticas e programáticas.

Tudo isso garantiu que, em 2004, sob o governo do Presidente Lula, o Ministério da Saúde pudesse formular a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, para o período 2004-2007 (BRASIL, 2004). A seguir alguns dados utilizados para o embasamento das propostas da Política.

A formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004-2007 é realizada a partir do quadro de morbi-mortalidade das mulheres, do perfil epidemiológico desse grupo específico e do tipo de serviço de saúde que é ofertado pelo SUS. A análise dos indicadores de morbidade, mortalidade e de serviços resulta em constatações importantes quanto à realidade estudada. Abaixo se listam as principais causas de morte da população feminina no Brasil:

- Doenças Cardiovasculares, destacando-se o Infarto Agudo do Miocárdio;
- Acidente Vascular Cerebral – AVC (“Derrame”);
- Neoplasias (Câncer), principalmente, o Câncer de Mama, de Pulmão e o de Colo do Útero;
- Doenças do Aparelho Respiratório, Marcadamente as Pneumonias (que podem estar encobrendo casos de Aids não diagnosticados e/ou não tratados);
- Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, com destaque para o Diabetes;
- Causas Externas.

A primeira verificação é a de que as causas principais de adoecimento e morte das mulheres mantêm estreita relação com as causas mais gerais da população brasileira como um todo. Desta maneira, a mortalidade ligada ao ciclo gravídico – puerperal (pré-natal, parto e puerpério) e ao aborto, não aparece entre as dez primeiras causas de óbito na faixa etária correspondente. A gravidade do problema é evidenciada quando se observa que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto, não é doença, e que, em 92% dos casos, estas mortes maternas são evitáveis.

Outro dado preocupante é que grande parte das mulheres que morrem de causas ligadas ao parto realizou o pré-natal. E isso remete à qualidade dos serviços prestados. E, neste questionamento, é relevante estudar o Programa de Saúde da Família e como as mulheres são vistas dentro das práticas do mesmo.

Outras fontes pesquisadas indicam que a razão de Mortalidade Materna, no Brasil, está em torno de 74,7 para 100.000 nascidos vivos (dados corrigidos) em 2005. No Canadá é de 3 para 100.000 e na Suécia, em torno de 2 para 100.000. O que se configura como um número inaceitável dado às condições tecnológicas e do alto grau de desenvolvimento científico e sofisticação, tanto dos cuidados de enfermagem, dos recursos terapêuticos e medicamentosos, assim como, da medicina nos dias atuais.

É notável, também, a alta incidência de sífilis congênita que é de 12 casos/1000 nascidos vivos; a hipertensão arterial aparece como a maior causa de morte materna, e apenas 41,01% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento receberam a segunda dose de vacina antitetânica.

Outro dado relevante é a alta mortalidade por aborto o que o coloca na condição de problema de Saúde Pública. Segundo uma pesquisa sobre a magnitude do aborto no Brasil (ADRESSE; MONTEIRO, 2007) os resultados obtidos apresentam dados alarmantes.

Utilizando os registros do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o estudo toma como base os números de internações de mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS), como consequência do abortamento induzido, entre 1992 e 2005. Os dados epidemiológicos, descritos de acordo com a idade evidenciam que a população que mais sofre internações com complicações decorrentes do aborto é a de mulheres entre 20 a 24 anos. Esta é a faixa etária de maior fecundidade, o que demanda ações específicas, raramente realizadas.

Além disso, o sub-registro de morte materna no país está em um patamar de 40%. Esse índice é alto, mas compatível a outros países em desenvolvimento ou desenvolvidos. A morte materna é uma das mortes mais sub-notificadas do mundo, no entanto, é uma morte evitável em torno de 90% dos casos.

Quando são observados os dados referentes aos serviços ofertados pelo SUS, com base no DATASUS, verificou-se que no início da década de 90 foram registradas 350 mil internações na rede pública de saúde e que esse índice diminuiu para 250 mil em 2005.

A pesquisa em pauta estabelece algumas hipóteses para a redução da internação hospitalar. Uma delas é a possibilidade que o uso de Misoprostol, comercializado com o nome de Cytotec, tenha reduzido a necessidade de internações. Apesar do medicamento ser proibido para venda em farmácias, o mesmo é obtido facilmente no comércio informal e usado sem nenhuma orientação profissional. Outra hipótese considerada é que o aumento do nível de educação das mulheres as fez adotar métodos anticoncepcionais seguros com mais eficácia, reduzindo assim, a gravidez indesejada e o número de abortos induzidos.

Outro aspecto que merece atenção é a distribuição das internações hospitalares por abortamento nas diferentes regiões do país. A Região Norte, apesar de uma menor população, aparece no estudo como a única em que o número de internações aumentou em relação a 1992, passando de 20.614 para 24.835, em 2005. Nos estados do Sudeste, como São Paulo e Rio de Janeiro, no município de Fortaleza e no Distrito Federal, segundo a mesma investigação, ocorreu o maior número de internações no SUS, por abortamento, no mesmo

ano de 2005. O Sul, por sua vez, é a região onde a cobertura de anticoncepcionais e a educação são maiores, portanto o risco de uma gravidez indesejada é menor o que se reflete, também, nos números obtidos na pesquisa citada.

5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O DOMÍNIO IDEOLÓGICO

Após as diferentes situações apresentadas, tais como: a hegemonia da etapa neoliberal do capitalismo globalizado, o papel e as características do Estado contemporâneo, as lutas dos diferentes segmentos nos espaços de controle social no Brasil pós-constituente, assim como, a demonstração das condições epidemiológicas das mulheres, é possível perceber as dificuldades para exercitar o controle social, para evoluir na consolidação da cidadania plena, para a emancipação das mulheres e de toda a população que vive em estado de pobreza. Essas são tarefas que envolvem embates político-ideológicos e que exigem uma capacitação intensa e constante, uma dedicação permanente e inovadora para aqueles que escolheram e foram escolhidos para atuar em Controle Social. .

Um dos grandes obstáculos está na correta compreensão do sentido das palavras, pois é no discurso, nas codificações e receituários simplistas que o ideário neoliberal se impõe e domina a sociedade. E, como já foi dito no início, a luta no controle social é, também e principalmente, de domínio do discurso, dos códigos, dos signos.

O artigo de Sonia M. Draibe denominado “As Políticas Sociais e o Neoliberalismo” desmascara e explicita a estratégia neoliberal usada para convencer a sociedade e seus dirigentes quanto a seus objetivos e finalidades. Draibe (1993) afirma que o neoliberalismo “é antes um discurso e um conjunto de regras práticas de ação (ou de recomendações), particularmente referidas a governos e a reformas do Estado e das suas políticas”. Em outro trecho de seu trabalho a autora refere que o “tecnocratismo neoliberal declara-se movido por idéias e valores distantes e acima dos particularismos, corporativismos e populismos de toda a ordem, forma de redução do interesse geral a algumas concepções do que seja “moderno”, “flexível” e “eficiente”.

A realidade brasileira das duas últimas décadas é um claro painel de demonstração da forma de agir dos neoliberais. O difícil é desmistificar a linguagem. Benjamin (2005) analisa e exemplifica a forma predominante de controle ideológico. Identifica que a dominação se faz pela capacidade de nomear e não mais pelo ocultamento dos fatos, como ocorria no passado.

Um dos exemplos mais marcantes é a tão reverenciada lei de responsabilidade fiscal, que na realidade define que os recursos públicos devem ser prioritariamente usados para pagar juros ao sistema financeiro, em detrimento de todos os demais gastos do Estado, que a decantada disciplina ou austeridade no uso do dinheiro público e a prática de cortar os gastos essenciais são necessários na formação de um superávit, denominado superávit primário.

Ao se analisar a saúde da mulher, aparece imediatamente um dos principais alvos dos rótulos e das mistificações: a busca, pelas mulheres, da legalização do aborto. A situação é tão passional e ideologizada que a primeira pergunta que costuma ser feita é: A favor ou contra o aborto? Ou seja, é colocado um falso dilema, pois o que está posto não é ser a favor ou contra, e sim o direito de escolha das mulheres. Dependendo da resposta a pessoa é imediatamente rotulada de: aborteira (o), assassina (o), pró-vida/ pró-morte, criminosa (o), virtuosa, ética, humana, desumana, fundamentalista, entre outros.

No entanto, na vida real, as mulheres continuam realizando abortos independente de da crença religiosa, situação social e/ou impedimentos morais. E morrendo, quando querem ou quando não querem ter filhos, de morte materna ou complicações devido à interrupção insegura da gravidez. É importante refletir sobre o mais perverso e doloroso rótulo, cultural e definitivo do “ser mulher”, ou seja, que a maternidade é quase o único e legitimado destino de

vida para a mulher. Papel estimulado e reverenciado pelo pensamento religioso e patriarcal. Quando às determinantes culturais e antropológicas são agregados os fatores vinculados à economia, à política, os rótulos se multiplicam, sufocam e alienam a população.

Uma das terminologias das mais prestigiadas nos anos 90, no período do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, era "abertura" cujo significado é o desmonte dos mecanismos de defesa de uma economia periférica e frágil. Outras expressões do discurso dos anos 90, que teve livre e entusiasmado trânsito foram "estado mínimo", "privatização", "livre jogo dos mercados" e "globalização". Todas buscavam mascarar as mudanças na Constituição de 1988 e preparavam o país para o mais agressivo crime de "lesa-pátria", a venda do patrimônio nacional, que ocorreu em nossa História, delito coroado com o rótulo mágico de "modernidade".

Principal símbolo do governo Fernando Henrique Cardoso a "privatização", segundo apregoavam seus arautos, era fundamental para inserir o país na "modernidade". O resultado é bem conhecido. A hegemonia neoliberal das últimas décadas expressou-se de modo avassalador no terreno discursivo; as eleições têm sido, entre outras situações, uma disputa pela palavra, uma disputa pelo significado das palavras (WEISSHEIMER, 2006). Com o passar do tempo, as derrotas políticas e econômicas de tais expressões e seus respectivos significados obrigaram seus adeptos a mudá-las, substituí-las.

Hoje, esses agentes políticos e econômicos falam de "choque de gestão", da "necessidade de reduzir os gastos do governo". O que significam essas expressões: "choque de gestão", "corte de gastos correntes", "melhorar o gasto público", "o governo gasta muito e gasta mal", "redução das despesas do governo", "redução das despesas com pessoal"? O que mudou? Nada! Apenas as palavras, a terminologia. As idéias do neo-capitalismo permanecem as mesmas, mas com roupagem diferente. Mudou o esforço para ocultar o que elas de fato significam. A lógica desse esforço é a lógica da camuflagem, do disfarce. A escolha das palavras está longe de ser ingênua. São escolhas fardadas, fardadas para a guerra ideológica na qual o povo é enganado por uma maquiagem conceitual.

É interessante desvendar o sentido dessa maquiagem. Por que a preferência pelo uso da palavra "gasto" ao invés de "investimento"? Algum gestor propõe a diminuição de "investimentos públicos"? No entanto, "corte de gastos" é apontado como indicador de austeridade. Onde terminam, afinal, os gastos e começam os investimentos? Onde termina a mistificação e começa a realidade? O dilema colocado é apenas verbal. Quem pode ser contra "responsabilidade", "disciplina", "austeridade", "abertura", "superávit", "vida", "direitos humanos", coisas evidentemente tão necessárias já que produzem tão bons resultados para todos? Quem se habilita a defender seriamente, "irresponsabilidade", "indisciplina", "gastança", "fechamento", "déficit", ser a "favor" do aborto, "contra" a vida? Segundo Schneider (apud Draibe, 1993, p. 7):

Em lugar de ideologia, os neoliberais têm conceitos. Gastar é ruim. É bom ter prioridades. É ruim exigir programas. Precisamos de parcerias, não de governo forte. Falem de necessidades nacionais não de demandas de interesses especiais. Exijam crescimento, não distribuição. Acima de tudo tratem do futuro. Repudiem o passado. Ao cabo de pouco tempo as idéias neoliberais começam a soar como combinações aleatórias de palavras mágicas.

Os meios de comunicação difundem esses jargões que, pela repetição, se incorporam à linguagem comum. Feito isso, parece não haver mais debate possível; está ganha a guerra ideológica. No entanto, o grande problema é que poucas pessoas têm acesso aos conteúdos das questões. Tudo fica paralisado nas terminologias, nos rótulos, usados para bloquear sistematicamente o pensamento.

6 CONCLUSÃO

No Brasil, onde ocorre um histórico embate entre a criminalização do aborto e/ou descriminalização/legalização aflora vigorosamente a linguagem “aterrorizadora” dos setores fundamentalistas religioso. Estes utilizam os signos, a linguagem sagrada para intimidar a sociedade. Transforma em crime a necessidade de resolver um problema de saúde pública e qualificam de heréticos e desumanos, os que ousam discutir assuntos como aborto, eutanásia, pesquisas com células-tronco, uso de preservativos para prevenção da gravidez e/ou doenças sexualmente transmissíveis.

Trazendo esta afirmação para o presente período histórico é possível entender porque o ideário neoliberal, as religiões, assim como, todas as posições fundamentalistas tendem a reificar a linguagem, reduzirem-na à expressão do conjunto de idéias de uma classe ou segmento social, mantendo dessa forma a dominação e a barbárie. Algo semelhante ao que o movimento feminista denuncia em relação à opressão do silêncio quanto à homofobia: “isto não se diz, isto não se faz, isto não se mexe”.

Estas considerações finais objetiva reafirmar a idéia que apesar de tudo a História avança, a mudança é possível, a revolução ainda está no horizonte e o sonho humano não é a barbárie. E finalizo com a expressão de Sader (2004), para quem a história se faz nas condições que os homens encontram, com as forças que conseguem acumular. Collor triunfou e deu início a uma era que ainda não se fecha na história brasileira e que, de alguma maneira, gerou realidades irreversíveis, a partir das quais a esquerda brasileira tem de agir. Nas palavras de Sartre, deixemos tanto de falar do que a vida fez com gente, para refazer a vida a partir do que ela fez conosco. Pois aceitar a realidade tal qual ela é não é conformar-se com ela, mas buscar outras formas de realizar os velhos e bons sonhos, pois estes são eternos ao se fazer da história o reino do humanismo e da solidariedade.

HEALTH OF THE WOMAN AND THE SOCIAL CONTROL IN BRAZIL IN TIMES OF NEOLIBERALISM

ABSTRACT

The present article unites an assembly of reflections about the domain of the neoliberal phase of the capitalism in Brazil. This phase occurred in the country mainly from the government Collor what coincides with the implementation of the Unique System of Health. From the analysis of the ideological debate and of the use of the words, as disguise, was shown up the influence about the implementation of the SUS. Also it stood out the consolidation of the dictatorship of the capital, the weakening of the debate and of the necessary line of argument to the exercise of the social control, as well as the hegemony of the neoliberal thought about the public politics. As concrete example is examined the profile of the health of the woman, maternal mortality and miscarriage to the light of the politics of integral attention to the health of the woman.

Keywords: Health of the woman; Neoliberalism; Capitalism; Public Politics of Health; SUS.

REFERÊNCIAS

ADESSE, L.; MONTEIRO, M.F.G. **Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

R. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec; 1995.

BENJAMIN, C. A arte de rotular. **Caros Amigos**, São Paulo, ed.104, nov., 2005. Disponível em: <http://www.resistir.info/brasil/arte_de_rotular.html>. Acesso em: 04 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

COELHO, A.R. **O urbano e o sanitário na globalização**: estudo de questões urbanas e sanitárias da cidade de Florianópolis – SC. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. São Paulo, jun. 1998.

CONSTITUIÇÃO: 15 anos de emendas. **Correio do povo**, Porto Alegre, out., 2003. Política.

CORREIA, M.V.C. **Que controle social? os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DRAIBE, S.M. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Rev. USP**, São Paulo, 1993.

NAVARRO, V. A luta de classes à escala mundial. **Monthly Review**, Nova York, v. 58, n. 4, set. 2006. Traduzido por Resistir.info. Disponível em: <http://www.resistir.info/mreview/luta_de_classes_mundial.html>. Acesso em: 08 nov. 2006.

SADER, E. Como a história teria sido (se não fosse). **Caros Amigos**, São Paulo, ed. 84, mar. 2004. p. 14.

TESTA, M. **Saber en salud**: la construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

WEISSHEIMER, M. A. A escolha nada inocente das palavras. **Carta Maior**, Porto Alegre, out. 2006. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/templates/colunaImprimir.cfm?coluna_id=3342>. Acesso em: 30 nov. 2007.