



CRISE DO CAPITAL, POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SERVIÇO SOCIAL

Aline de Jesus Lima¹
Luana Pimentel Moro²
Yanne Angelim Acioly³

RESUMO:

O presente artigo objetiva contribuir para o debate sobre a operacionalização das políticas sociais, particularmente a política de saúde brasileira, no contexto da atual crise do capital e de contrarreforma do Estado. Ademais, destaca alguns rebatimentos dessa crise no Serviço Social brasileiro.

Palavras-chave: Crise do Capital, Política de Saúde, Serviço Social.

ABSTRACT

This article aims to contribute to the debate on the operationalization of social policies, particularly the Brazilian health policy in the context of the current crisis of capital and against State reform. Moreover, highlights some repercussions this crisis in Brazilian Social Service.

Keywords: Crisis of Capital, Health Policy, Social Work.

¹ Estudante de Graduação. Universidade Federal de Sergipe (UFS). E-mail: alinelima61@hotmail.com.

² Estudante de Graduação. Universidade Federal de Sergipe (UFS). E-mail: luana_moro15@hotmail.com.

³ Mestre. Universidade Federal de Sergipe (UFS). E-mail: yanneufs@gmail.com.



1. INTRODUÇÃO

O sistema capitalista é marcado, desde sua gênese, pela ocorrência alternada de momentos de crises e de fases de expansão, modificando-se apenas algumas especificidades de acordo com o período histórico e com o grau de desenvolvimento das forças produtivas. Essas crises fazem parte da dinâmica capitalista, pois expressam o caráter contraditório desse modo de produção, sendo ainda funcional a este, na medida em que criam as condições para a emergência de uma nova fase de expansão (BRAZ; NETTO, 2007).

Nesse contexto de fases cíclicas do capitalismo, as políticas sociais, operacionalizadas pelo Estado, desempenham um importante papel, tendo em vista seu caráter responsivo frente às reivindicações da classe trabalhadora ao tempo que contribuem, simultaneamente, para o desenvolvimento do capital e para sua legitimação. Assim,

as políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe. Portanto, os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social. (BEHRING, 2009, p. 19, *itálicos da autora*).

Nessa direção o Estado organiza suas ações a partir das necessidades da classe hegemônica e da classe subalterna, ora desempenhando um papel coercitivo, ora atuando na criação do consenso entre as classes (DURIGUETTO; MONTAÑO, 2011). No Brasil, o Estado assume essa forma de atuação principalmente a partir da década de 1930, para intervir nas expressões da “questão social” que se intensificavam, principalmente em decorrência do processo de industrialização e de urbanização que caracterizavam o Brasil naquela década.

A dupla função do Estado e das políticas sociais já aparecia com maior nitidez no segundo pós-guerra, principalmente em virtude da fase expansiva do capital e também da adoção de alguns princípios do chamado Estado de bem-estar social, jamais instaurado no Brasil. Entretanto, a economia mundial, a partir da década de 1980, passou por um processo de reestruturação, decorrente principalmente do esgotamento dessa perspectiva do Estado social, responsabilizado pela crise verificada na década de 1970, tendo em vista,



segundo os neoliberais, seu caráter nocivo ao desenvolvimento econômico. De acordo com essa perspectiva neoliberal foram adotadas medidas que reduziram os gastos sociais e aumentaram os impostos para a classe trabalhadora com vistas a retomar o crescimento econômico. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Identifica-se também, nesse período, a adoção de novas formas de gerenciamento do trabalho pautadas na adoção do modelo *toyotista*, com destaque para flexibilização do contrato de trabalho e de novas formas de produção. Essas alterações nas relações de trabalho e nas formas de produção contribuíram para alargar a precarização do trabalho e para o conseqüente aprofundamento da exploração da classe trabalhadora.

Esse processo de reestruturação do capital operou um percurso de efetiva desregulamentação da força de trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2008; BEHRING, 2008). No Brasil, a implantação dessas medidas teve início partir da década de 1990, decorrente dos determinantes internacionais e da recomposição da hegemonia burguesa no país. Destacam-se nesse cenário a ampla privatização das empresas estatais, o ajuste fiscal e a redução da atuação do Estado no provimento das políticas sociais. Estas assumem a focalização e a seletividade como suas principais características, além do forte incentivo à privatização.

Assim, de acordo com Behring e Boschetti (2008, p. 156), “a tendência geral tem sido a restrição e redução dos direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais, [...], em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise”. O que tem se traduzido em “assistencialização” das políticas sociais (MOTA, 1995) e na compressão do seu pretenso caráter de universalidade, a exemplo do que ocorre na política de saúde no Brasil.

2. IMPLICAÇÕES DA CRISE CONTEMPORÂNEA DO CAPITAL NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a integrar a Seguridade Social brasileira, pautando-se numa proposta de responsabilização do Estado em garantir e universalizar o acesso da população aos serviços de saúde através da



organização de uma rede regionalizada, descentralizada, organizada em Sistema Único de Saúde (SUS) que deve priorizar as ações preventivas.

Nessa conjuntura, destacaram-se a regulamentação das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 quando a saúde passou a ser definida sob uma perspectiva ampliada, considerando-se como seus determinantes os aspectos econômicos, sociais e culturais, rompendo assim com o conceito mecânico e biológico de saúde anterior, centrado nos fatores biológicos e traduzido no binômio saúde-doença. A partir desses marcos legais, definiram-se mecanismos de participação social sob a noção de controle social, isto é, a participação da comunidade na gestão, fiscalização e implementação da política de saúde através dos Conselhos e das Conferências, que se constituem em instâncias para o exercício dessa participação e objetivam assegurar o caráter democrático das decisões.

No entanto, apesar dos avanços legais conquistados, a década de 1990 caracterizou-se por um forte ataque às garantias constitucionais, principalmente no tocante aos direitos sociais, em decorrência da contrarreforma do Estado pautada na política de ajuste neoliberal que adota um modelo de favorecimento do mercado e da redução das responsabilidades do Estado em relação às demandas do trabalho (BEHRING, 2008), conforme mencionado anteriormente.

No âmbito da política de saúde, essa ideologia influenciou diretamente na adoção de medidas pautadas na redução de financiamento que prejudicaram, conseqüentemente, os mecanismos de garantia dos direitos conquistados. Desse modo, evidencia-se que a política de saúde brasileira passou a sofrer fortes determinações da política econômica através da adoção e implementação de medidas orientadas por organismos internacionais que contribuem para a vinculação da saúde ao mercado com ênfase na expansão dos planos privados de saúde e nas parcerias com a sociedade (BRAVO, 2009).

Nesse sentido, segundo Bravo e Matos (2008), a política de saúde no Brasil tem se caracterizado pela disputa entre duas perspectivas antagônicas: o projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde privatista/articulado ao mercado, este que tem como principais tendências a focalização, a redução dos gastos e a ênfase no modelo hospitalocêntrico.

Principalmente a partir da segunda metade da década de 1990, várias medidas foram adotadas com vistas ao fortalecimento do projeto de saúde privatista. Destaca-se o processo de intensa privatização orientado pelo Plano Diretor de Reforma do Estado



elaborado por Bresser Pereira com objetivo de redefinir as funções do Estado (REZENDE, 2008). A partir desse Plano, propôs-se a organização da saúde a partir de subsistemas, objetivando-se a divisão do SUS em dois: “o hospitalar (de referência) e o básico – através de programas focais” (BRAVO; MATOS, 2008, p. 209).

Na direção de continuidade das ações de ajuste neoliberal no âmbito das políticas sociais e de fortalecimento do projeto de saúde articulado ao mercado, no governo Lula foi elaborado o Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/2007 com o objetivo de regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal no tocante a definição das áreas de atuação das Fundações Estatais de Direito Privado – FEDP (MARCH, 2011). De acordo com o referido Projeto, essas Fundações se constituem em entidades instituídas pelo Estado com personalidade jurídica de direito privado que compõem a Administração Indireta. E, mediante a criação de lei específica, torna-se permitido a transferência de recursos (humanos, materiais, financeiros, etc.) pelo Estado para essas Fundações.

Além das implicações diretas desse processo de privatização frente aos princípios e diretrizes do SUS, são também significativos seus rebatimentos nas condições e relações de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores inseridos diretamente nesse contexto. Apesar da formalização dos novos contratos ocorrerem mediante concurso público, a forma de contratação ocorre pelo regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com a implementação de um quadro de pessoal próprio para cada Fundação, bem como planos de carreira, cargos e salários (MARCH, 2011). Essa natureza de vínculo de trabalho se apresenta como um ataque aos direitos e garantias conquistados pelos servidores públicos na medida em que cria uma diferenciação entre os mesmos, além de contribuir para fragilizar o potencial de crítica e de oposição desse segmento frente às condições de trabalho, bem como em relação à defesa dos direitos sociais.

Outro aspecto relevante em relação às FEDP é a substituição dos Conselhos das políticas públicas pelo controle corporativo através dos Conselhos Curadores e Consultivos. Nestes há uma redução do espaço de participação da população nas decisões e representa ameaça ao controle social garantido constitucionalmente.

Ainda no governo Lula, ao final de seu segundo mandato em 2010, foi editada a Medida Provisória (MP) nº 520 que autorizava a criação pelo Poder Executivo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública de direito privado que desvincula os Hospitais Universitários (HUs) das Instituições Federais de Ensino Superior



(IFES). Entretanto, o prazo de votação da MP no Senado se encerrou em junho de 2011 e a proposta foi objeto de votação no atual governo Dilma, cujo desfecho resultou na aprovação da Lei Federal nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011 que criou a EBSEH⁴. Obviamente esse processo contribuiu para o comprometimento da formação dos profissionais de saúde ao fragmentar o tripé ensino-pesquisa-extensão, além de aprofundar a precarização das condições e relações de trabalho nesse setor (BRAVO; MENEZES, 2011).

Assim, as tendências contemporâneas assumidas pela política de saúde no Brasil no contexto da atual crise do capital são apenas algumas expressões das inflexões dessa crise nas políticas sociais brasileiras, o que, nem de longe, representam seu alcance e sua profundidade na totalidade da vida social. E esse cenário, obviamente, traz sérias implicações ao exercício profissional dos assistentes sociais.

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE REBATIMENTOS DA CRISE NO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

Em tempos de assistencialização/privatização das políticas sociais públicas solicita-se do/a assistente social a incorporação da perspectiva de seleção a partir dos “critérios de inclusão” estabelecidos pelo governo. Dessa forma, nos termos de lamamoto, o assistente social é “cada vez mais compelido a exercer a função de um *juiz rigoroso da pobreza*” (2012, p.161, itálicos da autora).

Tem-se um tensionamento entre o projeto ético-político da categoria (pautado na defesa da universalidade, da democratização, da equidade e da justiça social) e o desenvolvimento capitalista, marcado pelo individualismo e pela restrição de direitos, principalmente, os sociais. Nas palavras de lamamoto (2012, p. 141), a consolidação desse projeto profissional em construção “[...] requer remar na contracorrente, andar no contravento, alinhando forças que impulsionem mudanças na rota dos ventos e das marés na vida em sociedade”.

⁴ Vale salientar, entretanto, que adesão dos HU à EBSEH não é automática, pois é necessária a concordância dos Conselhos Universitários.



Mediatizado por instituições públicas e privadas, representativas de interesses determinados, o exercício profissional dos/as assistentes sociais sofre sérios rebatimentos da atual crise do capital. Torna-se recorrente o prévio estabelecimento de suas ações para as quais os recursos, além de escassos, também são previamente definidos. Esses profissionais também estão expostos a precarização do trabalho, a flexibilização dos contratos trabalhistas, a redução dos postos de trabalho, a contenção salarial, a contratação temporária, a subcontratação, a terceirização, etc. (RAICHELIS, 2011). Percebe-se, portanto, que “os assistentes sociais estão sujeitos, como todos os demais trabalhadores, às mesmas tendências do mercado de trabalho [...]” (IAMAMOTO, 2012, p. 118).

No âmbito da saúde, em decorrência da tensão entre o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista, há também o tensionamento entre as requisições desses dois projetos ao Serviço Social. Segundo Bravo e Matos (2009, p. 206), o projeto privatista requisita que o assistente social atue na perspectiva de “seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através do aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”. Em contraposição o projeto da reforma sanitária põe como principais demandas para o Serviço Social o trabalho na perspectiva da democratização do acesso aos serviços de saúde, do incentivo à participação popular, da democratização das informações e a ênfase nas abordagens grupais.

Ao se inserir nas políticas sociais nesse contexto de crise os/as assistentes sociais também sofrem suas implicações, porém, ao mesmo tempo, ao considerar o caráter contraditório que marca a profissão historicamente, essa categoria profissional pode fortalecer, no exercício da profissão, estratégias que corroborem com os interesses do trabalho ainda que no contexto marcado pelas determinações estruturais atuais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário da crise global contemporânea tem-se verificado no Brasil o discurso recorrente veiculado pela mídia de que o país estaria vivendo um momento histórico singular de conjugação de crescimento econômico e justiça social. Esse discurso otimista, conforme



assinala Castelo (2012), revela um retorno da ideologia desenvolvimentista à cena brasileira, empreendido desde o governo Lula e com continuidade no atual governo Dilma.

Na direção de contribuir para problematizar essa afirmação de que o Brasil seria um modelo de “novo desenvolvimento”, destaca-se o relevante estudo de Santos (2012) ao assinalar que o caráter periférico desse país tem, inclusive, favorecido o aprofundamento das consequências do modo de produção capitalista, tendo em vista as características do processo de sua formação sócio-histórica. A autora lembra que expressões da crise atual, tais como, ausência de regulação do trabalho e subemprego, constituem essa formação social desde o período do chamado fim da escravidão. Nesse sentido, a flexibilização/precarização do trabalho no atual contexto de *crise* do capital assume, inclusive, maior profundidade no cenário brasileiro em comparação aos países de capitalismo desenvolvido.

Ao tomar como ponto de partida a realidade concreta brasileira, observa-se a fragilidade dos trabalhadores submetidos aos ditames do capital, das diferentes categorias profissionais inseridas nos diversos espaços sócio-ocupacionais, inclusive os/as assistentes sociais, cujo nível de autonomia no exercício profissional é cada vez mais relativo.

O aprofundamento da “questão social” atrelado a “desuniversalização” e “assistencialização” das ações do Estado (BEHRING, 2009, p.11), não apenas repercutem diretamente no exercício profissional dos/as assistentes sociais, fragmentando suas ações e imprimindo-lhes caráter imediato, mas exige a necessária interpretação crítica dos seus determinantes, bem como organização política para empreender estratégias de enfrentamento. Essa interpretação tem se aprofundado qualitativamente no interior do Serviço Social nas últimas décadas. Alguns autores, a exemplo dos tomados como referência para elaboração desta comunicação, têm contribuído consideravelmente para oferecer subsídios à categoria no exercício constante de desvelar a forma aparental da realidade social. E esse exercício é fundamental, posto que, embora a análise crítica da realidade, por si só, não assegure sua alteração, é substancial à proposição de ações profissionais mais consequentes. Porém, mesmo diante de alguns esforços empreendidos pela categoria, as produções no âmbito acadêmico ainda parecem ter frágil capilaridade entre os demais espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais.

Tem sido recorrente o discurso de que mesmo diante desse contexto adverso para o trabalho, estaríamos vivendo tempos de conformismo e ausência de lutas populares



por um projeto de sociedade diverso do hegemônico. Contudo, Braz (2012, p.478) adverte que a ausência de um projeto societário alternativo não significa a ausência de lutas de classes, ainda que os trabalhadores, no atual contexto histórico, estejam assumindo, predominantemente, a posição defensiva.

As atuais transformações societárias apresentam a necessidade de construir movimentos que não se limitem às fronteiras da profissão e que fortaleçam as estratégias coletivas de enfrentamento empreendidas pelos trabalhadores na cena contemporânea.

Nessa necessária articulação com outros trabalhadores vale salientar a importância da interlocução direta que os/as assistentes sociais estabelecem com a população usuária das políticas sociais e com outras categorias profissionais mediante o exercício da profissão. Distante de idealismos, tal interlocução pode ser tomada como estratégia para o fortalecimento do processo de formação/organização política dos trabalhadores em torno de suas expressões de insatisfação/defesa frente às consequências da crise, bem como, para a construção de um projeto societário que vise romper com a lógica do capital.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda dos direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Políticas Sociais no contexto da crise capitalista. CFESS; ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. et al. (orgs). Serviço Social e Saúde. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____; MATOS, M. C. de. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, P. A. P. (orgs.). Política social e democracia. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 254 p.



_____ ; MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária:** elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (orgs). Serviço Social e Saúde. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS/OMS, MS, 2009.

_____ ; MENEZES, J. S. B. **A Saúde nos Governos Lula e Dilma:** algumas reflexões. In: BRAVO, M. I. S. MENEZES, J. S. B. (orgs). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. p. 15-28.

BRAZ, M. Capitalismo, crise e lutas de classes contemporâneas: questões polêmicas. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 111, p. 468-492, jul./set. 2012.

_____ ; NETTO, J. P. **Economia Política:** uma introdução crítica. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CASTELO, R. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n° 112, p. 613-636, out./dez. 2012.

DURIGUETTO, M. L.; MONTAÑO, C. **Estado, classe e movimento social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

MARCH, C. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. In: **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.175-186. 2011.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social:** um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, J. P. Crise do Capital e consequências societárias. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 111, p.413-429, jul./set. 2012.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 107, p. 420-437, jul/set, 2011.

REZENDE, C. A. P. **O modelo de Gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal.** In: BRAVO, M. I.; PEREIRA, D. S. MENEZES, J. S. et al. (orgs). Modelos de Gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Rede Sirius, ADUFRJ Ssind, 2008. p. 25-35.

SANTOS, J. S. **“Questão social”:** particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012. (Coleção biblioteca básica de serviço social, v.6).