

**Série
Serviço Social**

ADEMIR ALVES DA SILVA
RAQUEL RAICHELIS
coordenadores

Políticas sociais, contrarreforma do Estado e “ajuste fiscal”

Ademir Alves da Silva
organizador



educ



**Políticas sociais, contrarreforma
do Estado e “ajuste fiscal”**



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Reitora: Maria Amalia Pie Abib Andery

educ

EDITORA DA PUC-SP

Direção

Thiago Pacheco Ferreira

Conselho Editorial

Maria Amalia Pie Abib Andery (*Presidente*)

Carla Teresa Martins Romar

Ivo Assad Ibri

José Agnaldo Gomes

José Rodolpho Perazzolo

Lucia Maria Machado Bógus

Maria Elizabeth Bianconcini Trindade Morato Pinto de Almeida

Rosa Maria Marques

Saddo Ag Almouloud

Thiago Pacheco Ferreira (*Diretor da Educ*)

Ademir Alves da Silva
Raquel Raichelis
Coordenadores da Série Serviço Social

POLÍTICAS SOCIAIS, CONTRARREFORMA DO ESTADO E "AJUSTE FISCAL"

Ademir Alves da Silva
Organizador



São Paulo
2022

Copyright © 2022 Ademir Alves da Silva. Foi feito o depósito legal.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Reitora Nadir Gouvêa Kfourri/PUC-SP

Políticas sociais, contrarreforma do Estado e “ajuste fiscal” / org. Ademir Alves da Silva. - São Paulo : EDUC : CAPES, 2022.

164 p. ; 24 cm. - (Série Serviço social)

Bibliografia.

ISBN: 978-85-283-0678-1

1. Política social. 2. Políticas de saúde. 3. Brasil - Condições sociais. 4. Reforma do sistema de saúde - Brasil. 5. COVID-19 (Doença) - Aspectos sociais. 6. COVID-19 (Doença) - Influência. I. Silva, Ademir Alves da. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

CDD 361.61

Bibliotecária: Carmen Prates Valls – CRB 8a. 556

EDUC – Editora da PUC-SP

Direção

Thiago Pacheco Ferreira

Produção Editorial

Sonia Montone

Preparação e Revisão

Valéria Diniz

Editoração Eletrônica

Waldir Alves

Gabriel Moraes

Capa

Gabriel Moraes

Imagem de Gerd Altmann por Pixabay

Administração e Vendas

Ronaldo Decicino

educ

Rua Monte Alegre, 984 – Sala S16

CEP 05014-901 – São Paulo – SP

Tel./Fax: (11) 3670-8085 e 3670-8558

E-mail: educ@pucsp.br – Site: www.pucsp.br/educ

APRESENTAÇÃO DA SÉRIE SERVIÇO SOCIAL

Ademir Alves da Silva

Raquel Raichelis



É com grande satisfação que apresentamos às(aos) leitoras(es) esta série comemorativa dos *50 anos do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-SP (PPG-PUC-SP)*.

Implantado em 1971, o PPG completa, neste ano de 2021, *cinco décadas de existência*, em uma trajetória pontuada por conquistas, desafios e pioneirismo. Sendo um dos primeiros programas de Pós-Graduação criados pela PUC-SP, o primeiro mestrado e o primeiro doutorado do Brasil e da América Latina na área, seu desenvolvimento constitui expressão da própria história do Serviço Social brasileiro e de sua consolidação como área de conhecimento e de pesquisa. Responsável também pela formação dos primeiros mestres e doutores em países da América Latina, Europa e África, mantém-se como referência no país e no exterior, especialmente em Portugal, França, Argentina e, mais recentemente, em Angola.

A *Série Serviço Social* cumpre dois objetivos principais: comemorar meio século de uma trajetória inseparável da maturidade intelectual alcançada pelo Serviço Social brasileiro, para a qual o PPG em Serviço Social da PUC-SP vem contribuindo desde a sua criação; e divulgar o conhecimento elaborado pelos

Núcleos de Estudos e Pesquisas – NEPs¹ que integram a estrutura curricular dos cursos de mestrado e doutorado em Serviço Social e constituem espaços fecundos de reflexão crítica e produção acadêmica sobre temáticas de relevância profissional, política e social.

Reunindo mestrandas(os), doutorandas(os), egressas(os), pós-doutorandas(os), docentes de graduação e pesquisadoras(es) de diferentes áreas, sob a coordenação de uma(um) docente do Programa, os NEPs são componentes curriculares que assumem centralidade na formação e na produção de conhecimento nas áreas de concentração e linhas de pesquisa do Programa. Configurando-se como espaços interdisciplinares, fortalecem o caráter plural e o debate teórico-crítico sobre temáticas da área do Serviço Social, seus fundamentos e teorias sociais que lhe dão suporte.

Cadastrados no Diretório do CNPq, os NEPs desenvolvem as pautas de pesquisa do PPG a partir da particularidade dos seus objetos de investigação e são em grande medida responsáveis pela rica produção acadêmica e bibliográfica dos seus docentes e discentes, funcionando como “radares” que esquadrinham as expressões da questão social que pulsam com a realidade social e interpelam a academia. É possível afirmar que parcela significativa das pesquisas e publicações produzidas pelo Programa é tributária dos NEPs e das relações de cooperação acadêmica estabelecidas na PUC-SP e com universidades brasileiras e estrangeiras, agregando, também, as pesquisas de pós-doutoramento.

Esta Série vem a público em um contexto particularmente grave e desafiador para a pesquisa e para a pós-graduação brasileira, que sofrem ataques sem precedentes que ameaçam seu funcionamento, em meio à pandemia provocada pelo novo coronavírus, que se retroalimenta de uma combinação de crises do capitalismo contemporâneo. No caso brasileiro, a crise sanitária associa-se às crises econômica, política e civilizatória e ao ideário neofascista e ultradireitista que reconfigura o Estado e as políticas públicas, com impactos deletérios na política científica e de fomento à pesquisa e à pós-graduação. Paradoxalmente, apesar do obscurantismo, negacionismo e darwinismo social, presenciamos uma efervescência intelectual

1. Nesta série, representados pelos seguintes Núcleos: Seguridade e Assistência Social (Nepsas); Movimentos Sociais (Nemos); Identidade (Nepi); Criança e Adolescente: ênfase no Sistema de Garantia de Direitos (NCA-SGD); Ensino e Questões Metodológicas em Serviço Social (Nemess); Trabalho e Profissão (Netrab); Ética e Direitos Humanos (Nepedh); Política Social (Neppos); Aprofundamento Marxista (Neam); e Cidades e Territórios.

vigorosa dos programas de pós-graduação – seus docentes, discentes, egressos – que, em tempos de capitalismo pandêmico, buscam a reflexão coletiva para resistir e avançar.

A *Série Serviço Social* insere-se nesse esforço político-acadêmico que mobiliza as armas do conhecimento e da crítica social para desvendar o tempo presente e apontar rumos para seu enfrentamento. Composta por 10 coletâneas, na forma de *dossiê* temático, reúne produções acadêmicas de diferentes autorias e modalidades, conforme os textos selecionados pelas(os) docentes e discentes organizadoras(es), veiculando teses e dissertações defendidas no Programa, pesquisas coletivas, artigos, *papers* e outras contribuições vinculadas às duas áreas de concentração – *Serviço Social e Política Social* e a seis linhas de pesquisa: Fundamentos, conhecimentos e saberes em Serviço Social; Profissão: trabalho e formação em Serviço Social; Ética e Direitos Humanos; Política Social e Gestão Social; Seguridade e Assistência Social; Movimentos Sociais e Participação Social.

Com a presente série comemorativa dos *50 anos do Programa*, cuja edição conta com a parceria da Educ e apoio da Capes/Proex, objetivamos contribuir para o debate das questões pulsantes de nosso tempo – com olhos no futuro, valendo-se da memória da experiência histórica –, animando as formas de resistência ao retrocesso histórico neoliberal e ultraconservador e à infame destruição de conquistas civilizatórias, resistindo à tendência de degradação das condições de vida e de trabalho, favorecendo a emersão de propostas criativas para o fortalecimento das lutas populares por acesso à riqueza – material e imaterial – socialmente construída.

Ademir Alves da Silva

Raquel Raichelis

Coordenadores da Série Serviço Social

PREFÁCIO

O CARÁTER INCONTORNÁVEL DAS REFLEXÕES NECESSÁRIAS AOS TEMPOS NEFASTOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Áquilas Mendes¹

Políticas sociais, contrarreforma do Estado e “ajuste fiscal” é um livro, em forma de coletânea de artigos, fundamental para o aprofundamento a respeito das políticas sociais no contexto do capitalismo contemporâneo. É nesse cenário de crise de longa duração do capital, vivenciada a partir do *crash* 2007/2008 (Roberts, 2016), com suas dimensões sanitária/Covid-19, econômica e ecológica, que seu poder de dominação tem sido exercido com maior violência para se contrapor a esse quadro (Mendes, 2022), num processo avassalador de assegurar intensas “vidas roubadas”. Assistimos à supremacia do poder do capital fictício (vulgo, a dimensão mais perversa do capital financeiro), no contínuo processo de expropriação de direitos sociais, aumentando a disponibilidade do trabalhador para o mercado, criando novas formas de acumulação e extração de mais-valia, como a comercialização que ocorre em bens públicos, como saúde e a área da assistência social.

Tudo isso é minuciosamente documentado, relatado e analisado nesta importante coletânea, sob a organização do Neppos – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Sociais – do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-SP. De forma mais geral, os distintos temas abordados nos capítulos nos preenchem de ricas contribuições científicas, evidenciando: a apropriação do fundo público na saúde pelo setor privado, a partir das “novas modalidades privatizantes de gestão”, especialmente pela ampliação das Organizações Sociais da Saúde (OSS) e pela intensificação desse processo no contexto da financeirização das políticas públicas; a continuidade da manutenção das políticas econômicas restritivas, revelando o

1. Professor de Economia Política da Saúde da Faculdade de Saúde Pública/USP e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política e do Departamento de Economia da PUC-SP.

caráter de um ultraneoliberalismo, explicitado pelo tempo histórico compreendido como “virada autoritária” do neoliberalismo, ampliando as políticas de defesa do mercado, com a máxima restrição dos gastos públicos, por meio dos ajustes austeros fiscais permanentes, desfinanciando a seguridade social, com reflexos nos papéis do SUS e do SUAS. Sem dúvida, o neoliberalismo precisa do conservadorismo radical e do autoritarismo para tornar-se “ultra”, já que suas fases anteriores, “instalação” e “subjetivação”, não foram suficientes para superação da crise capitalista de longa duração (Boffo e Saad-Filho, 2019).

O livro nos brinda com reflexões elucidativas a respeito das contrarreformas do Estado no Brasil, especialmente, nesses tempos turbulentos do movimento do capital em crise. Por sua vez, não se deve esquecer que essas contrarreformas também são estimuladas pelo Estado capitalista em relação orgânica com o avanço do capital privado na execução das políticas públicas. Trata-se, ainda, de reconhecer a dimensão da crise nas políticas sociais como parte integrante da crise do capital e sua relação com o Estado capitalista, o que, necessariamente envolve os elementos anteriores. Essa crise é considerada por meio de suas formas sociais determinantes: a crise da forma mercadoria, em termos de acumulação e valorização do valor; a crise da forma política estatal, sobre os crescentes “modos privatizantes de gestão das políticas sociais” e os permanentes ajustes fiscais; e a crise da forma jurídica, em consonância com a forma política estatal, com destaque para a crise da forma direito em especial (Mendes, 2022), do direito à saúde e a uma proteção social ampliada. Nessa última faceta da crise da forma jurídica, o livro traz um destaque à crescente judicialização da política social. Trata-se aqui de restringir o atendimento das demandas populares às decisões da justiça desse Estado capitalista, “organicamente” legitimador do sistema de dominação do capital.

Ainda, no contexto turbulento e nocivo da crise capitalista, com consequentes efeitos demolidores para as políticas sociais, o livro traz uma reflexão fundamental sobre o árduo envelhecimento brasileiro nessa sociabilidade comandada pelo capital em crise. Para se ter uma ideia, os autores nos trazem evidências alarmantes quando mencionam que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços prestados pelo SUS (dados de 2018). Isso chama a atenção para a fragilidade da população idosa que fica submetida ao nosso sistema de saúde *desfinanciado*, por meio da Emenda Constitucional n. 95/2016, que congelou o gasto público por 20 anos, representando a fase do aprofundamento do processo histórico de *subfinanciamento* desse sistema ao longo de sua história, caracterizando, assim, o seu intenso processo de desmonte a partir de 2017. A EC 95/2016 retirou do SUS, no período de 2018 a 2022, cerca de R\$ 37 bilhões (ibid.) e, ainda, serão retirados adicionalmente cerca de R\$ 23 bilhões, conforme o orçamento em

2023, passando o total de perdas acumuladas para R\$ 60 bilhões decorrentes dessa emenda. Como a população idosa é considerada usuária significativa do SUS, o quadro é estarrecedor para a velhice e seu futuro nesse cenário.

A mensagem de *Políticas sociais, contrarreforma do Estado e “ajuste fiscal”* é inequívoca. A explicação para todo esse processo de barbárie que se explicita no Brasil não é fruto de uma crise restrita ao trágico desenvolvimento das políticas sociais ao longo dos últimos governos; ele deve ser compreendido em uma relação material entre economia e política, ou seja, de forma mais geral, entre o capital e o Estado. Em outras palavras, o capital como uma “relação social”, um conceito universal de sociabilidade humana historicamente determinada, como uma síntese da opressão e da exploração econômica e política, deve ser analisado de “forma conjunta” e com total sentido para o seu momento de crise. Escrito com o objetivo de qualificar o debate sobre os problemas das políticas sociais e suas possíveis contribuições, *Políticas sociais, contrarreforma do Estado e “ajuste fiscal”* é um livro de inspiração para o fortalecimento da luta contra o capital. A potência de seu diagnóstico a respeito dos problemas é instigante e merece uma leitura atenta em cada capítulo, sobretudo por todEs que se incomodam com os tempos de barbárie e buscam fortalecer suas armas da crítica.

REFERÊNCIAS

- BOFFO, Marco; SAAD-FILHO, Alfredo; FINE, Bem (2019). Neoliberal capitalism: the authoritarian turn. *Socialist Register*. Canadá, v. 55, pp. 312-320.
- MENDES, Áquilas (2022). “Crise do Capital e o Estado: o desmonte da Saúde Pública brasileira em curso no neofascismo de Bolsonaro”. In: MENDES, Á; CARNUT, L (orgs.). *Economia política da saúde: uma crítica marxista contemporânea*. São Paulo, Hucitec, pp. 96-153.
- ROBERTS, Michael (2016). *The long depression: how it happened, why it happened, and what happens next*. Chicago, Haymarket Books.

APRESENTAÇÃO

Ademir Alves da Silva¹

A edição desta coletânea, que integra a série *50 anos do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-SP*, constitui valiosa oportunidade para apresentar às/aos leitoras(es) um breve histórico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Sociais (NEPPOS), além de documentar a produção acadêmica de alguns de seus participantes no período recente.

O NEPPOS integra o elenco de 11 Núcleos de Estudos e Pesquisas (NEP) do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, conforme currículo em vigor. Com os demais núcleos, já fazia parte do currículo anterior, com a denominação Núcleo de Estudo e Pesquisa de Política Social: análise de conjuntura, sob a coordenação, até 2010, do professor doutor Evaldo Amaro Vieira, a quem prestamos nossa homenagem. Ocupava-se de análises de conjuntura, tendo como base a leitura e a discussão de textos sobre o Estado e as políticas sociais, procurando identificar e problematizar tendências nacionais e internacionais. Dos participantes do NEP era requerida a apresentação de resenhas ao final de cada semestre, o que representava estímulo à reflexão e à produção acadêmica.

A partir do primeiro semestre de 2011, a coordenação foi assumida pelo professor doutor Ademir Alves da Silva, organizador desta coletânea. Desde então, o NEP privilegia a abordagem de aspectos da conjuntura sociopolítica e econômica brasileira, definindo como eixo de análise a gestão do fundo público no que concerne às políticas sociais, especialmente no âmbito da seguridade social, segundo a ementa:

O Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Política Social dedica-se à investigação e análise das políticas sociais, concebidas como estratégias de mediação das relações entre Estado, sociedade civil e mercado, na arena de lutas por acesso à riqueza social. Seu objeto são os processos de produção, apropriação e fruição da riqueza social. Considerando-se que, na agenda da política

1. Assistente social, professor de Política Social e coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Sociais (Neppos) do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PPGSSO/PUC-SP). adecris@uol.com.br

social os níveis local, regional, nacional e supranacional da *questão social* se entrecruzam e se determinam mutuamente, trata-se de perquirir os fatores de configuração das crises capitalistas cíclicas e as estratégias frente às mesmas, admitindo-se o liame entre política e economia capitalista e a frequente sujeição da primeira à última. Deriva daí o interesse em identificar os projetos societários em confronto, as concepções quanto ao papel do Estado na gestão do fundo público e os movimentos no âmbito da sociedade civil, dos quais dependem as decisões relativas às políticas sociais. O propósito é contribuir para o combate às desigualdades de renda, de gênero, étnico-raciais e sócio-territoriais, sob valores democráticos e princípios universalistas de justiça social.

Os textos desta coletânea foram produzidos por pós-graduandas(os) a partir da seleção de tópicos de acordo com as temáticas abordadas no NEPPS. Vinculados aos projetos de pesquisa de mestrado e doutorado, os textos registram reflexões acerca das políticas sociais brasileiras no contexto das crises social, econômica, ambiental e sanitária. Abordam a gestão do fundo público em seu papel fundamental no fomento às ações do capital, privilegiando-se os interesses dos detentores dos títulos da dívida pública em sua incessante estratégia por capturar crescentes parcelas da riqueza social apropriada pelo Estado na forma de tributos. Denunciam os ataques aos direitos sociais em decorrência das contrarreformas neoliberais e evidenciam as estratégias adotadas em sentido contrário à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

De fato, como parte do processo de financeirização da economia, os recursos que deveriam financiar as políticas sociais vêm sendo açambarcados pela maquinaria do capital em busca de lucratividade. A gestão dos serviços de interesse público está sendo privatizada e submetida à lógica do mercado; os benefícios sociais são “bancarizados” – enquanto os cidadãos são compelidos a aderirem às regras do mercado financeiro e estimulados, por exemplo, a tomarem empréstimos consignados que representam armadilhas contra segmentos populares, empurrando-os para o endividamento em favor dos interesses das instituições financeiras.

A crescente apropriação dos recursos do fundo público da saúde por Organizações Sociais (OS), os embates na gestão, financiamento e prestação de serviços nas políticas de assistência social e de saúde, a contrarreforma do Estado de modo a reduzir o elenco e o alcance dos direitos sociais e favorecer o capital financeiro, a judicialização da política e a politização da justiça são, em síntese, os assuntos de que tratam os capítulos aqui sumariados.

Ao incorporar aspectos essenciais do debate em torno do fundo público, Priscilla Nunes Rezende ocupa-se do processo de implementação do SUS na cidade

de São Paulo, reunindo suas reflexões no texto “SUS e financeirização – análise da relação entre fundo público e o setor privado: reflexos na cidade de São Paulo”. Reafirmando o direito universal à saúde como dever do Estado, aponta estratégias neoliberais de privatização, em dissonância com o projeto de reforma sanitária, que sustentou os avanços alcançados com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS em 1990. Dialogando com autores que questionam a declarada natureza não lucrativa das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e apontam os impactos da lógica mercantil na área, a autora identifica o crescente repasse de recursos públicos para organizações privadas ao discorrer sobre medidas adotadas pelas sucessivas gestões paulistanas em favor das parcerias público-privadas mediante convênios ou contratos de gestão.

O texto “Distanciamento do projeto da reforma sanitária brasileira: a apropriação do fundo público da saúde pelas organizações sociais no município de São Paulo”, de Daniele Correia, associa-se ao texto anterior ao trazer evidências quanto à crescente apropriação de recursos públicos municipais pelas OS no contexto da contrarreforma do Estado e das fortes pressões em favor da privatização da gestão da saúde em um cenário de disputas entre projetos societários. No diálogo com outros autores, Daniele registra a crescente presença das OS na administração de serviços públicos de saúde, no contexto mais abrangente da “apropriação do fundo público pelo setor privado”². A autora retoma o contra-hegemônico projeto brasileiro de reforma sanitária e o movimento social em seu favor ao preconizar um conjunto mais amplo de reformas sociopolíticas e econômicas, além da área da saúde e das conquistas do SUS. Apontando a implantação tardia do SUS na cidade de São Paulo, problematiza os contratos de gestão e os convênios entre o poder público municipal e as OS, que se constituíram em “nicho de mercado livre de riscos de investimento para o setor privado, garantido pelo Estado” a partir da década de 1990. Resta evidente a tendência de se privilegiar o setor privado de saúde, em direção oposta ao projeto de reforma sanitária brasileira. Apoiando-se em estudos sobre o desempenho das OS e tomando como referência manifestações da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPs), a autora reúne elementos para colocar em questão os pretextos da “economicidade” e da “maior eficiência” das referidas organizações na gestão dos serviços de saúde.

2. Para Behring (2021, p. 94), o fundo público é constituído pelo “[...] conjunto da capacidade extrativa do Estado, que desborda até mesmo o orçamento público que é um dos instrumentos centrais de gestão do fundo público, mas que não se confunde com este”. Segundo Salvador e Teixeira (2014, pp. 15-32) a categoria fundo público não se confunde com os fundos especiais ou setoriais, embora sejam componentes do fundo público. Daniele Correia ocupa-se dos recursos do fundo da área da saúde no contexto mais amplo da gestão do fundo público.

Francimar Felipa da Silva Costa, Maria Cristina de Oliveira e Thyago Augusto de Carvalho, em “As políticas públicas de saúde e assistência social em tempos de pandemia” apresentam breve histórico das políticas de saúde e de assistência social no Brasil, de modo a situar o contexto da pandemia do coronavírus. Eles se dedicaram aos embates na esfera dos poderes públicos, tendo como foco as atividades do âmbito da “assistência à Saúde, incluídos os serviços médicos e hospitalares” e da “Assistência Social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade”, que figuraram em primeiro e segundo lugar, respectivamente, na lista de “serviços essenciais” no enfrentamento à pandemia, segundo a Lei 13.979 de 6/2/20 e os decretos 10.282, de 20/3/20, e 10.344 de 11/5/20. Os autores identificam os impactos da pandemia, especialmente para os segmentos socialmente mais vulneráveis e sem condições materiais de atenderem às exigências relativas à prevenção e proteção contra o vírus. Com a pandemia, agravou-se o quadro de desigualdade social em um contexto já marcado pela desarticulação do elenco de direitos sociais sob o paradigma neoliberal, do “ajuste fiscal” e do progressivo (des)financiamento da seguridade social. Em vigorosa defesa das políticas sociais, em posição frontalmente contrária à contrarreforma neoliberal do Estado, o texto reúne evidências e argumentos quanto ao imprescindível papel do SUS e do Suas no enfrentamento da crise sanitária, em um contexto de crescente desigualdade social.

Embora circunscritas à realidade de um município da zona oeste da região metropolitana de São Paulo, as reflexões contidas no texto “A proteção social básica e a pandemia da Covid-19: o contexto do município de Osasco-SP”, de Alan Farley Prates Oliveira e Eduardo Henrique Moraes Santos, associam-se às inquietações do texto anterior ao contemplarem os impactos sociais da Covid-19 e o aumento da demanda por serviços socioassistenciais. A partir de breve histórico da assistência social brasileira, os autores se ocupam com desvelar a morfologia dos serviços socioassistenciais naquele município, identificando, a despeito dos avanços conceituais, legal-normativos e organizativos do Suas, problemas recorrentes na área em apreço: pulverização, fragmentação e desarticulação da oferta de serviços; inobservância da diretriz do comando único da área; defasagem do sistema de proteção na cobertura territorial; a não instituição dos benefícios eventuais previstos na legislação. Destacam a participação social e a mobilização da população na reversão do atual cenário de modo que necessidades e demandas sociais sejam prioritárias nas agendas governamentais.

Denise Aparecida Francisco, em “Políticas sociais na velhice: um cenário de disputas pela proteção integral”, aborda a complexa questão do envelhecimento e das pessoas idosas no contexto da sociabilidade regida pelo capital. Dialoga com autores que vêm investigando o que se passa com as pessoas que envelhecem em face

dos valores que informam o cotidiano das relações sociais capitalistas e privilegiam a produtividade e a lucratividade. Atenta às contradições sociais, a autora aponta os diferentes modos do envelhecer, segundo a condição social, econômica, étnico-racial e de gênero, sem fazer concessões a generalizações em torno do “velho ou velha em geral” e problematizando o “envelhecimento ativo e saudável”. Lembrando que viver mais não é sinônimo de viver melhor, a autora destaca os amplos segmentos da classe trabalhadora que envelhecem na condição de subalternidade social. Trata-se, pois, de pôr em questão o alcance social das políticas de proteção à velhice em perspectiva emancipatória, no contexto das políticas de “austeridade” para gastos sociais e da sanha pela apropriação do fundo público pelo capital.

Em “O Plano Mais Brasil e a reforma do Estado do capital em crise”, Raphael Pereira Marques empenhou-se em avaliar e desnudar os reais objetivos das três Propostas de Emenda à Constituição (PEC) constitutivas do referido Plano: a PEC 186/19 – Emergencial, a PEC 187/19 – Revisão dos Fundos, e a PEC 188/19 – Pacto Federativo a fim de evidenciar os favorecidos e os desfavorecidos por tais medidas. As reflexões do autor contemplam o período posterior ao “golpe político disfarçado de legalidade” que implicou na destituição da então presidenta Dilma Rousseff. São incorporadas às suas análises a promulgação da Emenda Constitucional (EC) 95/16 – Teto de Gastos – a reforma trabalhista com a Lei 13.467/17 e a reforma da previdência em 2019.

De fato, no contexto da crise do capital, a “reforma do Estado” tem ocupado a agenda de ministros da economia e do Congresso Nacional pela sequência de emendas constitucionais e mudanças legislativas. Qual reforma? Contribuindo para responder a essa questão, as reflexões do autor em torno da gestão do fundo público se associam ao conjunto das produções dessa coletânea, perguntando-se: quem ganha e quem perde? Segundo o autor, tratou-se de dar continuidade ao processo de redefinição do papel do Estado, em consonância com as pressões do capital em crise, com um conjunto de medidas destrutivas dos direitos sociais. O processo de financeirização da economia impõe a desregulação ou novas regulações estatais, favorecendo o rentismo e prejudicando investimentos no desenvolvimento econômico e social. Perde-se em direitos sociais, ganham os detentores dos títulos da dívida pública.

Em “Tempos de politização do Judiciário e de judicialização da política: onde fica a Justiça?”, Luiz Charles Moreira aborda uma questão recorrente: a Justiça é justa? E traz instigante reflexão quanto à incontornável contraposição entre a necessidade de preservar a estabilidade do sistema – entenda-se a dominação de classe capitalista – e, por outro lado, atender às demandas populares, invariavelmente inscritas no elenco de lutas por justiça social. De um lado, a defesa do sistema.

De outro, a promoção da justiça. Política e Direito, ordem política e ordem jurídica, são organicamente constituintes e legitimadores do sistema de dominação socioeconômico. Contemplando com celeridade as demandas do capital, o mesmo sistema de justiça mostra-se moroso ante demandas populares. Prevalecem os trâmites burocráticos, a linguagem técnica, a aparência de neutralidade, a despolitização da questão social, as estratégias para deslegitimar as reivindicações populares, a criminalização daqueles que ameaçam a hegemonia burguesa. Segundo Moreira, “No Judiciário, marcadamente são reproduzidas relações carregadas de parcialidade e de violência institucional” contra aqueles cujas demandas “[...] teriam o potencial para desestabilizar a ordem constituída; seja política ou economicamente”.

Com esta publicação, que se pretende inaugural de uma série, esperamos compartilhar com as(os) leitoras(es) parte dos trabalhos do Neppos, ancorados na crítica social insurgente ante a voracidade do capital por apropriação da riqueza socialmente produzida, por meio da captura do fundo público, em detrimento das Políticas Sociais, na contramão das conquistas da Constituição Federal de 1988.

São Paulo, outono de 2022

REFERÊNCIAS

- BEHRING, Elaine Rossetti (2021). *Fundo público, valor e política social*. São Paulo, Cortez.
- SALVADOR, Evilásio e TEIXEIRA, Sandra Oliveira (2014). Orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. *Revista de Políticas Públicas*. São Luís, v. 18, n. 1.

SUMÁRIO

SUS e financeirização – análise da relação entre fundo público e o setor privado: reflexos na cidade de São Paulo, **21**

Priscilla Nunes Rezende

Distanciamento do projeto da reforma sanitária brasileira: a apropriação do fundo público da saúde pelas organizações sociais no município de São Paulo, **39**

Daniele Correia

As políticas públicas de saúde e de assistência social em tempos de pandemia, **69**

Francimar Felipa da Silva Costa

Maria Cristina de Oliveira

Thyago Augusto de Carvalho

A proteção social básica e a pandemia da Covid-19: o contexto do município de Osasco/SP, **93**

Eduardo Henrique Moraes Santos

Alan Farley Prates Oliveira

Políticas sociais na velhice: um cenário de disputas pela proteção integral, **115**

Denise Aparecida Francisco

O plano mais Brasil e a reforma do Estado do capital em crise, **131**

Raphael Pereira Marques

Tempos de politização do Judiciário e de judicialização da política: onde fica a Justiça?, **147**

Luís Charles Moreira

SUS E FINANCEIRIZAÇÃO – ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE FUNDO PÚBLICO E O SETOR PRIVADO: REFLEXOS NA CIDADE DE SÃO PAULO

Priscilla Nunes Rezende¹

INTRODUÇÃO

Este artigo trata da importância da apropriação de recursos do fundo público² por organizações sociais privadas bem como sua relação com a contrarreforma do Estado, analisando os embates na política pública de saúde a partir da década de 1990. Para tanto, a análise perpassa as definições sobre o fundo público na sociedade capitalista a partir de uma análise marxista.

Busca-se compreender a relação entre dois projetos antagônicos presentes na contrarreforma do Estado: o projeto privatista e o da reforma sanitária, destacando a realidade da política de saúde nesse contexto. Para mensurar tais impactos, apresenta-se a situação de repasses financeiros às Organizações Sociais (OS) na cidade de São Paulo – desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nesse território – a fim de compreender os embates para a efetivação do SUS como direito universal e sua relação com o repasse de recursos do fundo público.

-
1. Assistente social na Unidade de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Doutoranda em Serviço Social no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PPGSSO/PUC-SP). pririoss@yahoo.com.br
 2. Para Behring (2021, p. 94) o *fundo público* é constituído pelo “conjunto da capacidade extrativa do Estado, que desborda até mesmo o orçamento público que é um dos instrumentos centrais de gestão do fundo público, mas que não se confunde com este”. Segundo Salvador e Teixeira (2014, pp. 15-32) a categoria *fundo público* não se confunde com os *fundos especiais* ou *setoriais*, embora sejam componentes do *fundo público*. Aqui, abordamos a gestão dos recursos do fundo setorial da saúde, tendo em vista o processo mais amplo de composição e gestão do *fundo público*.

FUNDO PÚBLICO: DEBATE TEÓRICO

Ao se discutir sobre o fundo público direcionado à saúde em tempos de contrarreforma do Estado, é fundamental compreender sua participação ativa no capitalismo contemporâneo. De acordo com Salvador (2010), o fundo público exerce papel relevante na manutenção do capitalismo tanto na esfera econômica quanto nas políticas sociais para a garantia de expansão do mercado de consumo.

Segundo Oliveira (1998, p. 8), “[...] o fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da acumulação de capital, de um lado, e, de outro, do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais”. Portanto, ele faz parte das relações de produção e consiste em recursos públicos que podem ser utilizados para financiar tanto a reprodução da força de trabalho – com investimentos sociais em bens e serviços de consumo coletivo – quanto a acumulação do capital.

Considerando os apontamentos dos autores, pode-se afirmar que o fundo público é o montante apropriado pelo Estado sob a forma de tributos. De acordo com Behring, ele é formado por parte do trabalho excedente que se transforma em lucro, juro ou renda da terra, mas também pelo trabalho necessário por meio dos impostos pagos direta ou indiretamente pelos trabalhadores ao consumirem, considerando que os tributos estão inseridos nas mercadorias. (Behring, 2021, p. 39).

Salvador (2010) destaca quatro funções do fundo público na economia: financiamento do investimento capitalista, das políticas sociais, da infraestrutura e a remuneração do rentismo. Assim, de acordo com o autor, o fundo público participa da reprodução geral do capital.

Para compreender a especulação financeira sobre o fundo público, destaca-se a análise do capital portador de juros trazida por Marx:

O desenvolvimento do processo de produção e reprodução capitalista faz com que o dinheiro, em si, torne-se mercadoria. Trata-se, porém de uma mercadoria especial que não pode ser comprada e vendida como as outras e, por isso, adquire a forma de empréstimo. À mercadoria em forma de empréstimo, em valores monetários, Marx chama *capital portador de juros*. E esta fração do capital tem a aparência de ser autônoma e de valorizar-se na esfera financeira. (Silva, 2009, p. 174).

O capital portador de juros tem aparente autonomia, no entanto constitui-se na forma mais alienada e fetichista do capital por não demonstrar as mediações dos processos de produção e circulação. Ou seja, a base material desta forma de capital

está na produção de mercadorias e, portanto, no trabalho vivo (ibid.). Aliado a isso, ao emitir títulos e ações amplia-se a acumulação e valorização do capital e, por consequência, aumenta a exploração da força de trabalho, tendo em vista que o juro que remunera o capital que porta juros só pode vir do lucro (ibid.).

O capital financeiro permite o desenvolvimento das instituições bancárias por concentrarem expressivo montante de capital. Silva (2009) destaca que, de acordo com Mandel (1982, p. 220), o capital acumulado bem como a dificuldade de realizar valor levam à supercapitalização, afirmando:

[...] capitais excedentes não investidos, gradualmente acumulados, acionados pela queda da taxa de lucro, não encontram espaços de valorização na esfera produtiva e penetram nas áreas tidas pelo autor como não produtivas. (Ibid., p. 176)

Consequentemente, intensifica-se a industrialização e capitalização de todos os setores sociais com objetivo de assegurar a taxa média de lucros para o maior volume possível de capital. Fonte importante de inversões deste capital têm sido as políticas sociais, as quais deixam de ser função exclusiva ou majoritária do Estado e tornam-se espaços lucrativos de atuação do capital, mais especificamente do capital portador de juros. Destaca-se, nesse processo, a intervenção do Estado para sua efetivação. Iamamoto aponta que, apesar do discurso neoliberal sobre queda da intervenção estatal, “[...] afirma-se a centralidade do Estado, peça chave da expansão global das empresas multinacionais.” (Iamamoto, 2011, p. 122). A intervenção estatal apresenta-se estabelecendo normatizações para o fortalecimento do grande capital:

A desregulamentação da movimentação financeira aumentou, contraditoriamente, a necessidade de intervenção do Estado pra estabilizar a anarquia do mercado e contribuir para a superação das crises dos sistemas financeiros e das empresas, com recursos oriundos das mais diversas fontes. E em especial dos contribuintes, inclusive os de baixa renda. (Iamamoto, 2011, p.123)

Conforme Silva (2009), o projeto neoliberal adotado mundialmente nos anos 1980 apresenta uma série de direcionamentos dos organismos multilaterais para implementar reformas estruturais que atingem, principalmente, países periféricos como o Brasil no processo de financeirização do capital e atuação do fundo público.

O instrumento utilizado para viabilizar a transferência do fundo público ao capital financeiro tem sido a contrarreforma do Estado, diante do desmonte das políticas sociais públicas, iniciado no Brasil na década de 1990, fruto das contradições do processo de acumulação:

Neste contexto, a lógica de financeirização das relações sociais atinge os recursos destinados à reprodução social da classe trabalhadora e a seguridade social transforma-se em alvo prioritário de mudanças e ajustes tanto nos países centrais do capitalismo como nos países periféricos. O endividamento público – produto da política monetária recessiva, da liberalização e desregulamentação financeira, da abertura dos mercados – faz com que as conquistas da classe trabalhadora sejam destruídas total ou parcialmente, por meio de contrarreformas. (Silva, 2009, p. 177)

Nesse cenário, a Seguridade Social brasileira, composta por políticas de saúde, previdência e assistência social, torna-se alvo de regressivas contrarreformas neoliberais, a partir da década de 1990, que se convertem em mecanismos de investimento do capital financeiro. Para isso, a crise fiscal do Estado passa a ser o argumento para a defesa das reformas neoliberais. De acordo com Behring e Boschetti (2011), os cortes de gastos sociais escondem as reais intenções de diminuição dos custos com a força de trabalho e o redirecionamento do fundo público para demandas do empresariado, combinados à queda da receita engendrada pela crise e à diminuição da taxa sobre o capital, alimentando a crise fiscal:

A “reforma”, tal como foi conduzida, acabou tendo um impacto pífio em termos de aumentar a capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, considerando sua relação com a política econômica e o boom da dívida pública. Houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social – em nome da qual se faria a “reforma” –, acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. (Behring e Boschetti, 2011, p. 154)

Tendo em consideração o cenário de contrarreformas nas políticas sociais brasileiras, este artigo pretende atentar-se à discussão dessa problemática na política de saúde e seus reflexos na cidade de São Paulo. Como sinaliza Mendes, constata-se, desde a década de 1990, a ampliação de transferência dos recursos estatais às iniciativas privada e filantrópica:

[...] de um lado, as crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) – de gestão privada – e o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde

e símiles no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêutica, enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). (Mendes, 2015, p. 69)

O Estado brasileiro tem sido direcionado a atender aos interesses do capital de acordo com diretrizes dos organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), considerando a parceria entre Estado e setor privado na destinação de fundo público por meio do deslocamento de prestação de serviços públicos para o setor privado, como na área da saúde.

A CONTRARREFORMA DO ESTADO: ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

Apesar de todas as conquistas, a política de saúde efetivada pelo SUS vem sofrendo, desde a década de 1990, uma série de ataques que atingem suas bases e princípios, tal como se propõe. Logo no momento da efetivação da Lei 8.080 (Brasil, 1990), foi possível verificar uma tensão entre o governo do presidente Fernando Collor e os movimentos em prol da afirmação da saúde como um direito. Tal situação permite identificar o que Bravo (2006) vislumbra como uma permanente tensão entre dois projetos antagônicos: o projeto da reforma sanitária – construído na década de 1980 – e o projeto de saúde articulado ao mercado, também chamado de privatista. Essa tensão provocou retrocessos e impediu a efetivação plena do texto constitucional.

O perfil da organização dos serviços de saúde após a Constituição da República Federativa do Brasil 1988 (CRFB/88), com o SUS, mostra características como: a centralização, com estados e municípios implementando políticas, mas não participando de sua formulação; a privatização acentuada, com 70% dos serviços prestados pelo Estado produzidos pelo setor privado, distante das reais necessidades da população (Cohn e Elias, 2003). A citação a seguir sintetiza a lógica que vem orientando a organização dos serviços de saúde no país:

Em suma, a organização dos serviços de saúde no Brasil expressa, quer em termos de sua produção, quer em termos de acesso da população, uma lógica fortemente influenciada pelos aspectos econômicos, e, portanto mediada por mecanismos de mercado, em detrimento de uma lógica regida pelas necessidades sociais, nela incluídas as da saúde. (Cohn e Elias, 2003, p. 93)

Embora explícita no texto constitucional, a possibilidade de atuação complementar da iniciativa privada na assistência à saúde salta aos olhos o processo crescente de privatização dos serviços de saúde. O que se observa é que, no decurso histórico, a depender das forças em presença, diferentes instrumentos são utilizados para viabilizá-la. Vale considerar que, nos anos imediatamente posteriores à aprovação da Carta Constitucional, assiste-se a um largo processo de sucateamento da rede de serviços, fruto do subfinanciamento da política de saúde, embora a situação não seja apresentada nesses termos quando se justifica a adoção dos diferentes instrumentos de privatização.

Com base nas considerações de Bravo e Matos (2001), pode-se afirmar que houve intenso boicote à implantação do SUS no governo do presidente Fernando Collor, embora também tenha se conquistado a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) neste período. No governo seguinte, do presidente Itamar Franco, o país passou por dois momentos diferenciados. O primeiro, com a presença de Jamil Haddad como ministro da saúde, que significou uma estagnação no processo de sucateamento da saúde. Já o segundo, sob gestão de Henrique Santillo, caracterizou-se como um período sem alterações significativas neste campo.

Na gestão presidencial de Fernando Henrique Cardoso, iniciada em 1995, houve adoção mais explícita do projeto neoliberal. Para a saúde, coube uma proposta direcionada às assistências ambulatorial e hospitalar. Propunha-se uma descentralização mais ágil e decisiva, firmando-se claramente as atribuições de cada esfera administrativa; a montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto por um subsistema de entrada e controle (postos de saúde e Programa Saúde da Família) e outro de referência ambulatorial especializada (unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e hospitais credenciados – incluindo estatais, públicos não estatais e privados); a constituição de um sistema de informação em saúde, gerenciado pelo SUS através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS (Bravo e Matos, 2001).

É no governo FHC que emerge a proposta das OS³, inscrita no Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRAE). Também é fruto desse processo a proposta das

3. De acordo com o PDRAE apresentado em 1995: “O Projeto das Organizações Sociais tem como objetivo permitir a descentralização de atividades no setor de prestação de serviços não exclusivos, nos quais não existe o exercício do poder de Estado, a partir do pressuposto que esses serviços serão mais eficientemente realizados se, mantendo o financiamento do Estado, forem realizados pelo setor público não-estatal”. (Brasil, 1995, p. 73).

Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP), instrumento utilizado na privatização dos serviços sociais, tornando a política de saúde diretamente relacionada às políticas macroeconômicas da sociedade capitalista. Essas organizações podem “[...] contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública” (Rezende, 2008, p. 27).

Nos governos do presidente Lula, a partir de 2003, observou-se, num primeiro momento, o resgate da concepção do movimento sanitário, inclusive com a escolha de profissionais comprometidos com a reforma sanitária para o segundo escalão do Ministério da Saúde, além da convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Porém, como destacam Bravo e Menezes, houve ênfase na focalização das ações, haja vista a centralidade do Programa Saúde da Família (PSF) como um programa de cobertura para populações carentes, além da permanência da precarização, terceirização dos recursos humanos e desfinanciamento (Bravo e Menezes, 2010).

Dessa forma, observa-se que a política de saúde continuou refém da política macroeconômica. Durante o segundo mandato do governo Lula, em 2007, surgiu a proposta da Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) – Projeto de Lei (PL) Complementar 92/07 (Brasil, 2007) – que, embora vise atingir todas as áreas não exclusivas do Estado, teve o debate mais avançado no âmbito da saúde. No final do seu mandato, o presidente Lula lançou a Medida Provisória 520 (Brasil, 2010), autorizando o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (Ebserh) – constituindo mais um instrumento de privatização da saúde:

[...] formulação que tem como princípios os mesmos já identificados nas Fundações Estatais de Direito Privado e nas Organizações Sociais, ou seja, transferência de patrimônio público, flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público, estabelecimento de financiamento das políticas sociais mediante a celebração de contratos de gestão, possibilidade de captar recursos com a venda de serviços e consequente mercantilização das políticas e direitos sociais, dentre outros. (March, 2012, p. 67)

A medida em questão teve o período máximo para tramitação e aprovação no Congresso excedido. No mês subsequente, em seu primeiro governo, a presidenta Dilma Rousseff encaminhou ao Congresso Nacional, sob regime de urgência, o PL que criava a Ebserh (March, 2012). Com a aprovação da Lei 12.550/2011

(Brasil, 2011) no final de 2011, mesmo com o posicionamento contrário da 14ª Conferência Nacional de Saúde, permanece claro o interesse do governo em concretizar a privatização da saúde.

Conforme Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), com as manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que provocaram o *impeachment* de Dilma Rousseff da Presidência da República em maio de 2016, a democracia torna-se ainda mais frágil com a posse de Michel Temer, representando os setores conservadores do país:

Com o advento do governo Temer, é flagrante a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores, [...]. (Bravo, Pelaez e Pinheiro, 2018, p. 11)

A aceleração dos processos de contrarreforma no governo Temer e a continuidade do processo de privatização na saúde são reforçadas pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por 20 anos, mediante a EC 95/2016 (Brasil, 2016), com grande impacto na política de saúde. De acordo com estudo realizado pela fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea (2016), com a EC 95 haverá “[...] perda de recursos federais destinados ao SUS estimada em R\$ 654 bilhões de reais nesse período de 20 anos, em um cenário conservador (crescimento médio do PIB de 2% ao ano)” (Ipea).

É nessa teia de relações que se configura a saúde pública, em âmbito nacional, nas três últimas décadas, com a intensificação do projeto privatista aliada à apropriação do fundo público em detrimento da consolidação do SUS. Partindo dessa análise, entende-se a necessidade de compreensão dos rebatimentos na metrópole paulistana.

O CENÁRIO DO SUS NA CIDADE DE SÃO PAULO NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA

A realidade da saúde pública na cidade de São Paulo, logo após a promulgação da CRFB/88, é configurada pela administração democrático-popular da prefeita Luiza Erundina – à época vinculada ao Partido dos Trabalhadores (PT) –, responsável pela gestão de 1989 a 1992. No início da sua gestão, o SUS encontrava-se apenas no plano legal, de acordo com Junqueira (2002), com os secretários estaduais de saúde temendo perder o poder, freando o processo de municipalização e, por conseguinte, a efetivação do SUS no município.

Em face da situação apresentada à nova gestão municipal, algumas medidas foram tomadas para viabilizar a implantação do SUS, entre elas: aquisição de material e serviços de emergência; contratação imediata de recursos humanos, seguida de concursos públicos; integração dos serviços ambulatoriais e hospitalares em sistema municipal único, subdividido por regiões e distritos, considerando a necessidade de regionalização; estruturação dos conselhos a fim de garantir a democratização da gestão, instituindo, ainda em 1989, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e os Conselhos Gestores locais (Junqueira, 2002).

O processo de descentralização foi efetivado pela divisão do município em distritos de saúde. Inicialmente, eram 5; ao final da gestão, somavam 32, a maioria com unidade orçamentária, característica importante para a agilidade da administração de serviços, materiais, equipamentos e movimentação de pessoal. Foram realizados mais de 50 concursos, e a competência dos distritos quanto ao manejo dos processos de seleção e contratação de pessoal era inquestionável (Junqueira, 2002). A descentralização, a partir da formação dos distritos, sofreu resistências internas no governo quanto à sua pertinência bem como de hospitais com relação à subordinação aos diretores distritais, pois, tendo em vista o modelo hospitalocêntrico, as unidades hospitalares se recusavam a prestar contas aos respectivos distritos regionais.

Os anos seguintes à gestão Erundina, entre 1993 e 2000, foram marcados pela reorganização da atenção à saúde, que dividiu o município em módulos assistenciais gerenciados por cooperativas privadas. Após três anos de desmonte da rede municipal de saúde, a proposta do então prefeito Paulo Maluf foi aprovada em 1995 por meio da Lei Municipal 11.866 (São Paulo, 1995), implantada em janeiro de 1996, criando o Plano de Atendimento à Saúde (PAS).

O PAS limitava-se ao atendimento de casos mais comuns, com triagem realizada nos serviços e encaminhamentos aos hospitais estaduais filantrópicos:

O modelo assistencial adotado era totalmente centrado na equipe formada pela tríade médico – enfermeiro – auxiliar de enfermagem, já que a composição de uma equipe multiprofissional completa encareceria os custos, diminuindo a remuneração percebida pelos profissionais. A ênfase foi colocada sobre a assistência individual, de atendimento da queixa. [...]. configurando o que foi denominado pelo ex-prefeito Maluf como um verdadeiro “plano de saúde dos pobres”. (Junqueira, 2002, p. 36)

Além de elevar os gastos públicos municipais na área da saúde, o PAS pode ser considerado um Plano ligado ao projeto privatista, atuando como um boicote ao SUS que, em âmbito nacional, vinha sendo implantado, mas pôde ser efetivado

somente na década seguinte em São Paulo. Além das denúncias de corrupção, destaca-se a elevação dos gastos públicos em detrimento da administração direta, com incorporação da lógica de empresa privada nas relações trabalhistas e redução do atendimento direto ao município, intermediado também por empresas:

Nos três primeiros anos do governo Maluf, o gasto com o sistema municipal de saúde foi R\$ 698.855.000 milhões em 1993, R\$ 623.807.000 em 1994 e R\$ 732.703.000 em 1995. Já no ano de 1996, com a implantação do PAS, esta cifra foi elevada para R\$ 1 bilhão e, finalmente, em 1997, voltou a cair para R\$ 800 milhões. Trata-se, portanto, de um dos muitos casos de suac-tear para privatizar, embora o plano não seja uma privatização *stricto sensu*. (Pinheiro, 1998, p. 2)

Durante a vigência do PAS, as ações de prevenção e promoção à saúde foram praticamente desprezadas, com conseqüente desatenção à saúde mental, à tuberculose, aos problemas de saúde crônicos. O investimento na atenção básica veio do governo estadual:

Vale notar que, em 1995, Adib Jatene, então ministro da Saúde, Jose da Silva Guedes, da Secretaria Estadual da Saúde, e Davi Capistrano, médico que havia sido prefeito de Santos, se reuniram para apoiar a implementação de um programa piloto de saúde da família nas periferias da cidade de São Paulo. O programa recebeu o nome de Qualis e foi implementado com a participação de organizações não governamentais. Nesse programa, equipes formadas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde se responsabilizam por cuidar de até mil famílias. (Coelho, Szabzon e Dias, 2014, p. 144)

Ao final de 1999, o Qualis, gerenciado pelo governo estadual, possuía aproximadamente 140 equipes de saúde da família, que atenderam a cerca de 400 mil residentes em distritos periféricos, número insuficiente considerando a população da metrópole com mais de 9.480.427 habitantes registrados no Censo Demográfico (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 1991).

O PAS representou um retrocesso na implantação do SUS em São Paulo, tendo em vista que os princípios e as diretrizes preconizadas por ele são ignorados durante a vigência do Plano. É importante destacar que, no período de vigência do PAS, os estabelecimentos de saúde de São Paulo não faziam parte, tecnicamente, do SUS.

Tal situação somente foi revertida em 2001, na gestão de Marta Suplicy (2001-2005), quando se tornou prioridade da Secretaria Municipal de Saúde a

integração do município ao sistema nacional. Sua gestão abriu a possibilidade de recomeçar a implantação do SUS, em 2001, com a proposta de reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde de acordo com a Política Nacional de Saúde (PNS). Com o objetivo de reformular o modelo de atenção à saúde e rearticular a participação social, de acordo com Silva (2004, p. 21), essa tarefa:

[...] foi iniciada pelo deputado federal Eduardo Jorge, que assumiu o comando da Secretaria Municipal de Saúde, em 2001, e esteve à sua frente até fevereiro de 2003. De início, foram estabelecidas cinco grandes frentes de atuação: a reconstrução da SMS; a distritalização; a municipalização; a modernização gerencial; e a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da atenção básica.

A municipalização, fator importante para a efetivação do SUS em São Paulo, teve como ponto de partida a rearticulação com as redes estadual e federal. Aos poucos, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) – que estavam sob a administração estadual, chamadas de PSF/Qualis, ou no módulo PAS – passaram para a administração direta. Em 2001, o município passa a ter Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), portanto, conta com recurso financeiro relacionado ao Piso da Atenção Básica (PAB) direcionado a esse módulo de gestão, de acordo com o SUS.

Na gestão Serra-Kassab, iniciada em 2005, uma das primeiras medidas adotadas foi a redução das Coordenadorias de Saúde, antes ligadas a cada subprefeitura e, na nova gestão, reduzida a cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro-Oeste, Norte, Leste, Sul e Sudeste. Elas permaneceram, na gestão do prefeito Gilberto Kassab, subordinadas à Secretaria Municipal da Saúde (SMS), com o objetivo de promover maior integração entre a rede básica e a hospitalar (Kayano, 2007).

O primeiro secretário de saúde nomeado por José Serra para o cargo foi Cláudio Luiz Lottenberg, na época, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Lottenberg demonstrou interesse em fortalecer as parcerias com as instituições filantrópicas e OS, além de propor a contratação de 1.100 médicos para as UBS, conforme salientado por Kayano (2007). A conduta adotada pelo secretário evidencia a disputa de projetos na saúde que envolve, de um lado, parcerias público-privadas e, de outro, o projeto de saúde pública preconizado pelo SUS, com gestão do Estado.

Após cinco meses à frente da SMS, Lottenberg foi substituído pela doutora Maria Cristina Cury. A secretária vivenciou alguns conflitos com o CMS, que “[...] repercutiu os conflitos e as disputas no desenvolvimento da política de saúde no município” (Kayano, 2007, p. 21). Cury deixou de participar das reuniões do

Conselho e foi duramente criticada por não assumir seu compromisso junto a ele, como por exemplo, não apresentar a posição da secretaria sobre a lei referente às OS, aprovada em janeiro de 2006. Kayano afirma que a referida Lei Municipal (São Paulo, 2006) autoriza o Executivo municipal a qualificar entidades sem fins lucrativos como OS limitadas à área da saúde. Os contratos de gestão com as OS começaram a vigorar em 2007, no entanto, quando a lei foi aprovada, a enorme rede de equipes de saúde de família, lotadas nas UBS e na Assistência Médica Ambulatorial (AMA), então em funcionamento, já eram objeto de parcerias com entidades privadas, estabelecidas, até então, por convênios:

Concretamente, entretanto, a não qualificação como O.S. acaba sendo uma questão meramente formal, uma vez que não há qualquer diferença entre o conteúdo estabelecido pelo contrato de gestão e por estes convênios, e tampouco é diferente o controle e o monitoramento exercido pela SES/SP sobre as entidades gerenciadoras. (Pahim, 2009, p. 71)

A gestão Kassab se estendeu até 2008 no primeiro mandato e, no segundo, de 2009 a 2012. Nesse período, a rede de atendimento à saúde foi ampliada:

[...] através de duas estratégias: contratação direta de profissionais e, no caso do PSE, contratação indireta, através do estabelecimento de convênios e contratos de gestão com organizações privadas não lucrativas (Organizações Sociais de Saúde – OSSs). (Coelho, Szabzon e Dias, 2014, p. 147)

O investimento municipal na ampliação dos contratos de gestão, segundo Coelho, Szabzon e Dias, imprimiu mudanças consideráveis ao perfil do sistema público municipal:

Essas mudanças de rota fizeram com que, entre 2005 e 2008, alterações importantes tivessem lugar no perfil do sistema público de saúde municipal. A cidade assistiu a partir de 2008 a uma forte expansão das AMAs e ao crescimento das consultas de urgência e emergência em todas as regiões. Dois hospitais municipais foram inaugurados na periferia, passando a ser geridos por OSSs. (Ibid.)

Destaca-se, nesse contexto, a hegemonia do modelo privatista na saúde municipal, retornando ao modelo hospitalocêntrico, com investimento em serviços curativos em detrimento da valorização da atenção básica proposta pelo SUS.

Em 2008, Kassab mantém o secretário Januário Montone que, por sua vez, permanece na ampliação das parcerias público-privadas. Coelho, Szabzon e Dias (2014) evidenciam que as OS passaram a ser contratadas para gerenciar

tanto equipamentos de saúde como microrregiões de saúde, enfatizando o modelo privatista e fragmentado da política municipal. Já nas parcerias público-privadas, os concessionários privados deveriam investir na construção de infraestrutura de saúde em troca de concessão para explorar determinados serviços, como limpeza, por tempo determinado. Quanto à perspectiva de participação e controle social, esse período também foi marcado por conflitos entre gestão e CMS:

A política de investimento em OSSs e PPPs contribuiu para azedar as relações entre o Conselho Municipal de Saúde e o secretário municipal, que chegou, em um determinado momento, a colocar a polícia na porta das reuniões dos conselhos, além de relegar a segundo plano o investimento feito no mandato de Jorge na criação dos conselhos das subprefeituras e de unidades. (Coelho, Szabzon e Dias, 2014, p. 148)

Percebe-se a dificuldade da efetivação do controle social, na gestão Kassab, materializada pela falta de investimento nas condições necessárias ao funcionamento dos Conselhos Gestores locais e pela não aceitação da proposta de gestão democrática, conforme preconizado na CRFB/88 e no SUS.

A gestão de Fernando Haddad, entre 2013 e 2016, previa como um dos objetivos do plano de metas para o período, “[...] ampliar o acesso, aperfeiçoar a qualidade, reduzir as desigualdades regionais e o tempo de espera e fortalecer a atenção integral das ações e serviços de saúde” (São Paulo, 2013, p. 28). Nos dois primeiros anos do governo Haddad, destaca-se uma articulação a fim de desmembrar a CRS Centro-Oeste em duas. Assim, a região Centro compôs a sexta CRS, dada a especificidade da região.

Apresenta-se a seguir uma breve análise dos recursos destinados às OS na gestão Haddad para que se possa discutir essa problemática, considerando a temática do fundo público em tempos de contrarreformas do Estado.

De acordo com Tonelotto et al. (2018), os gastos com saúde na cidade de São Paulo concentram-se, praticamente, em três subfunções: Administração Geral, Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Atenção Básica. Os autores sinalizam que os recursos denominados como Administração Geral são alocados para a administração direta e autarquias; já os de Assistência Hospitalar e Atenção Básica entram na prestação dos serviços de saúde, da qual parte são transferidos às OSS.

Apenas em 2010 são incluídos no “portal de transparência” da prefeitura todos os gastos realizados em virtude de parcerias na modalidade “transferências a instituições privadas sem fins lucrativos”, o que tornou possível observar os reais valores repassados:

Tal fato fez com que, em 2010, ocorresse uma súbita elevação dos gastos com OSS, de 0,9% do total dos gastos em 2009 para 38,4% no ano seguinte, o que não pode ser entendido como uma guinada súbita dos caminhos traçados pela Secretaria de Saúde Municipal, mas informações sobre uma realidade até então não evidenciada no orçamento, que não expunha o real papel das OSS na execução orçamentária. Nos anos seguintes, os repasses às OSS só aumentaram, chegando a 43,6% do valor liquidado na saúde em 2016. (Tonelotto et al., 2018, p. 76)

O estudo de Tonelotto evidencia o aumento gradual de repasse dos recursos às OSS entre 2009 e 2016 e ressalta que, desde 2010, de acordo com o orçamento municipal, cerca de 40% de todos os recursos aplicados na saúde foram repassados para OSS. Outro fator relevante é que, apesar da diversidade das OSS (em 2016 eram 40 entidades), em média 65% desses recursos foram direcionados a 4 instituições: Associação Saúde da Família (ASF), Casa de Saúde Santa Marcelina, Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim (Cejam) e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM (ibid).

A lógica do crescente repasse às OSS permanece na gestão de João Dória e Bruno Covas no período de 2017 a 2020. De acordo com dados do orçamento da saúde em São Paulo, disponíveis no Portal de Transparência⁴ da prefeitura, em 2017, o orçamento previsto foi R\$ 2,7 bilhões – mas o executado foi R\$ 3,6 bilhões (35,5% maior). Já em 2018, a previsão foi R\$ 2,7 bilhões, o gasto real, R\$ 3,4 bilhões (26,9%). Em 2019, a diferença foi um pouco menor, de 13,2%. Em 2020, apesar da suspensão de quase todas as consultas não relacionadas à pandemia de Covid-19, a diferença foi de 31,3%.

A partir das análises quantitativas apresentadas, quanto à transferência dos recursos públicos para as OSS na cidade de São Paulo, pode-se dialogar com Moraes et al. quando destacam que, no Brasil, essas organizações efetivam a tendência crescente da privatização ativa, com estímulo, por parte do Estado, da formação de um mercado interno na saúde, que “[...] amplia as modalidades de transferência do fundo público para o setor privado e garante os instrumentos legais para a operacionalização deste novo modelo.” (Moraes et al., 2018, p. 3). Ainda de acordo com os autores, o contexto da lógica mercantil vem delineando o direcionamento da política nacional de saúde, debate que converge com a discussão apresentada neste artigo a respeito da apropriação do fundo público para a manutenção do capital e sua relação antagônica com a viabilização de políticas sociais. Os pesquisadores

4. Disponível em: <<https://portal.fazenda.sp.gov.br/acessoinformacao/Paginas/Consulta-Temporal.aspx>>. Acesso em: 10 set. 2021.

destacam a polêmica referente à natureza não lucrativa das OSS como entidades do “terceiro setor”, questionando sobre “[...] por que em uma sociedade de mercado essas entidades estariam motivadas tão-somente pelos valores da filantropia, da solidariedade social ou do interesse público” (ibid.) e sinalizando:

O principal benefício da qualificação de OSS é a possibilidade de receber recursos financeiros e de administrar bens, equipamentos e pessoal do Poder Público. Portanto, a possibilidade legal de convivência do certificado de filantropia com o título jurídico de OSS pode ser uma das explicações para a formação de grandes conglomerados destas organizações, em detrimento de outros modelos propostos dentro do “terceiro setor”. (Ibid.)

Ao analisar o aumento constante dos recursos do fundo público direcionados às OSS, conforme exemplificado pela realidade da cidade de São Paulo, percebem-se as nuances dos interesses em disputa na conjuntura de contrarreformas estatais, na perspectiva de desmonte do SUS enquanto política universal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo procurou destacar considerações sobre a categoria fundo público para a discussão de políticas sociais, sobretudo, as políticas de saúde. Para isso, a análise perpassou as definições sobre o fundo público na sociedade capitalista tanto na esfera econômica como na social, apresentadas sob a ótica de autores marxistas.

A partir dessa compreensão, faz-se necessário discutir o impacto que o fundo público vem apresentando na política de saúde brasileira, especialmente a partir da década de 1990, contexto de sucessivas contrarreformas do Estado. Com a finalidade de mensurar tais impactos, apresenta a situação de ampliação dos repasses financeiros às OS na cidade de São Paulo desde a implementação do SUS até o final da gestão de João Dória e, posteriormente, Bruno Covas, encerrada em 2020.

Considera-se determinado período histórico, de 1990 a 2020, para análise, no entanto, vale ressaltar que a gestão iniciada em 2021 na cidade de São Paulo mantém o progressivo direcionamento dos recursos do fundo público às OSS, conforme constatado no Portal de Transparência da prefeitura – informações que poderão ser detalhadas em estudos futuros.

Constata-se que, ao mesmo tempo em que o Estado se encontra em fase de redução dos gastos públicos com as políticas sociais, com déficit de investimento inclusive no SUS – como aponta a Emenda Constitucional 95 (Brasil, 2016) –, aumenta-se o direcionamento do fundo público às OS privadas.

REFERÊNCIAS

- BEHRING, E. R. (2021). *Fundo público, Valor e Política Social*. São Paulo, Cortez.
- BEHRING, E. R. e BOSCHETTI, I. (2011). *Política social: fundamentos e história* v. 2. 9 ed. São Paulo, Cortez.
- BRASIL (1990). Lei 8.080, de 19 de setembro. 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*: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set.
- _____. (1990). Lei 8.142, de 28 de dezembro. 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*: col. 1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez.
- _____. (1995). *Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.
- _____. (2007). *Projeto de Lei Complementar n 92-A*. Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=484676&filename=Avulso+-PLP+92/2007. Acesso em: 27 out. 2022.
- _____. (2010). Medida Provisória 520. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. – EBSERH e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, edição extra, Brasília, DF, n. 251-A, 31 dez.
- _____. (2011). Lei 2.550, de 15 de dezembro. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 16 dez.
- _____. (2016). Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 16 dez.
- BRAVO, M. I. S. (2006). “Política de saúde no Brasil”. In: MOTA, A. E. (org.). *Serviço social e saúde*. São Paulo, Cortez.

- BRAVO, M. I. S. e MATOS, M. C. de. (2001). “A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal”. In: BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P. A. P. (org.). *Política social e democracia*. Rio de Janeiro, UERJ.
- BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (2010). “Fórum em defesa do serviço público e contra as fundações estatais de direito privado no Rio de Janeiro: uma experiência de assessoria”. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. *Assessoria, consultoria e serviço social*. 2. ed. São Paulo, Cortez.
- BRAVO, M. I. S., PELAEZ, E. J. e PINHEIRO, W. N. (2018). As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*. Vitória, v. 10, n. 1, jan./abr.
- COELHO, V. S., SZABZON, F. e DIAS, M. F. (2014). Política municipal e acesso a serviços de saúde. *Revista Novos Estudos*, nov. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n100/0101-3300-nec-100-00139.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2015.
- COHN, A. E ELIAS, P. E. (2003). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5 ed. São Paulo, Cortez; Cedec.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1991). *Censo demográfico 1991: agregado por setores: resultados do universo: Brasil*. Rio de Janeiro, IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=293715>. Acesso em: 27 out. 2022.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela (2011). *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 6 ed. São Paulo, Cortez.
- JUNQUEIRA, V. (2002). *Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. 2 ed. São Paulo, Pólis/PUC-SP.
- KAYANO, J. (2007). *Saúde: controle social e política pública*. São Paulo, Pólis; PUC-SP.
- MANDEL, Ernest (1982). *Capitalismo tardio*. São Paulo, Abril Cultural (os Economistas).
- MARCH, C. (2012). A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. *Universidade e Sociedade*, DF, ano XXI, n. 49, jan., pp. 62-70. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/3775261/562571220/name/US49pg62-70>>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- MENDES, A. (2015) A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde e Sociedade*. São Paulo, n. 24, suppl. 1.
- MORAIS, H. M. M. et al. “Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização”. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbnggrCNDjPpnLsg/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 27 out. 2022.
- OLIVEIRA, F. de. (1998). O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos*. São Paulo, Cebrap, n. 22, out.
- PAHIM, M. L. L. (2009). *Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde*. Tese de doutoramento em Medicina Preventiva. São Paulo, Universidade de São Paulo.

- PINHEIRO, J. (1998). Controvérsias sobre o PAS. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/19023>. Acesso em: 30 out. 2022.
- REZENDE, Conceição Aparecida Pereira (2008). “O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal”. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (orgs). *Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro, Rede Sirius/ADUFRJ-SSind.
- SALVADOR, E. (2010). *Fundo público e seguridade social no Brasil*. São Paulo, Cortez.
- SALVADOR, Evilásio; TEIXEIRA, Sandra Oliveira (2014). Orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. *Revista de Políticas Públicas*, v. 18, n. 1, São Luís, Ufam.
- SÃO PAULO (1996). Lei Municipal 11.866 Institui o “Plano de Atendimento à Saúde – PAS”, e dá outras providências. *Diário Oficial da Cidade*: ano. 40, n. 175, p. 1, 14 set. 1995.
- _____. (2006). *Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006*. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Diário oficial da cidade de São Paulo. Caderno: Gabinete do Prefeito 25/1/2006 p. 3. Disponível em: <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/NavegaEdicao.aspx?ClipID=1TD6FPJS-PO8K2e54HJILP9Q42CK&PalavraChave=14.132>. Acesso: 27 out. 2022.
- _____. (2013). *Programa de Metas da Cidade de São Paulo: versão final participativa. 2013-2016*. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/planejamento/arquivos/15308-004_AF_FolhetoProgrmadeMetas2Fase.pdf. Acesso em: 27 out. 2022.
- SILVA, G. S. (2009). Capital portador de juros e programas de transferência de renda: monetarização das políticas sociais e contrarreforma. *Revista Políticas Públicas*. São Luis, v. 13, n. 2, jul/dez.
- SILVA, Z. P. (2004). *A política municipal de saúde (2001-2003)*. São Paulo, Pólis; PUC-SP.
- TONELOTTO et al. (2018). Participação de organizações sociais no orçamento da saúde do Município de São Paulo no período de 2003 a 2016. *Revista Contabilidade e Controladoria*. Curitiba, v. 10, n. 3, set./dez.

DISTANCIAMENTO DO PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: A APROPRIAÇÃO DO FUNDO PÚBLICO DA SAÚDE PELAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO¹

Daniele Correia²

INTRODUÇÃO

O fundo público³ é parte do trabalho excedente que se transformou em lucro, juros ou renda apropriada pelo Estado na forma de tributos para desempenho de múltiplas funções. Compõe-se, também, pelo trabalho necessário por meio da tributação indireta incidente sobre o consumo (Behring, 2010). O fundo público consubstancia a execução das políticas macroeconômicas, principalmente para acumulação produtiva, tem papel relevante para a manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social pelo fato de as políticas sociais garantirem a expansão do mercado de consumo e os recursos públicos financiarem as políticas anticíclicas nos períodos de retração da atividade econômica (Salvador, 2010).

-
1. Este artigo é fruto da dissertação de mestrado da autora, realizada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) sob a orientação do professor doutor Ademir Alves da Silva.
 2. Assistente social, socióloga, mestra em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop). Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). daniscorreia@yahoo.com.br
 3. Para Behring (2021, p. 94), o fundo público é constituído pelo “[...] conjunto da capacidade extrativa do Estado, que desborda até mesmo o orçamento público que é um dos instrumentos centrais de gestão do fundo público, mas que não se confunde com este”. Segundo Salvador e Teixeira (2014, pp. 15-32) a categoria fundo público não se confunde com os fundos especiais ou setoriais, embora sejam componentes do fundo público. Neste capítulo, abordamos os recursos do fundo da área da saúde no contexto mais amplo da gestão do fundo público.

Os mercados financeiros disputam cada vez mais os recursos do fundo público, pressionando pelo aumento das despesas financeiras do orçamento estatal mediante remuneração dos títulos públicos emitidos e negociados no mercado financeiro, ocorrendo aumento da transferência de recursos para o pagamento de juros da dívida pública, o que eleva os rendimentos dos rentistas. Aliados a isso, encontram-se os incentivos fiscais e as isenções de tributos para o mercado financeiro à custa do fundo público.

Com o dismantelamento das conquistas sociais através do desfinanciamento das políticas sociais no contexto das contrarreformas do aparelho do Estado, a saúde é um setor que sofre grande pressão para adesão ao modelo privatizante de gestão. Os fundos públicos setoriais da saúde foram legislados por intermédio da Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, que cria os Fundos de Saúde em cada esfera de governo, representados pelo Fundo Nacional, os Fundos Estaduais e os Fundos Municipais, com a finalidade de criar contas específicas para os recursos da saúde e dificultar seu uso em programas e ações não pertencentes à área (Mendes, 2012).

As parcerias público-privadas nos serviços de saúde no Brasil, na lógica da mercantilização dão autonomia e recursos para organizações de natureza privada sob pretexto de responderem com maior eficiência e menor custo às demandas do setor da saúde, segundo a estratégia neoliberal do Estado em face das expressões da questão social. Os estudos das políticas sociais no Brasil, fundamentados na abordagem estrutural e histórica das relações entre saúde e sociedade, têm proporcionado a análise e compreensão de conjunturas sanitárias, possibilitando identificar, por essa via, na sociedade de classes, os interesses que atravessam a questão da saúde e, conseqüentemente, como se dão as relações de poder (Paim, 2007).

Analisar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) para além das políticas sociais e de saúde, é partir da premissa segundo a qual ela é constituinte de um projeto de reforma social e estrutural ante o projeto societário capitalista em voga e que o movimento sanitário não é um movimento social restrito à saúde, mas um conjunto articulado de práticas que perpassam o ideológico, o político, o teórico e o cultural. A permanente participação e mobilização social em saúde do chamado movimento da RSB, consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS (1986) culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituinte de 1988. Entretanto, a RSB não se limitava ao SUS, mas propunha uma reforma social que passou por descaminhos como a presença de práticas neoliberais, o clientelismo político e a problemática do financiamento.

Segundo o paradigma neoliberal, as Organizações Sociais (OS) atuantes na saúde em caráter de parcerias público-privadas, enquanto figuras de natureza

jurídica com a finalidade de suprir a prestação dos serviços públicos após aprovação do Programa Nacional de Publicização – PNP (Lei Federal 9.637, de 15/5/1998) vêm se constituindo como espaço estratégico de mercantilização da saúde e nicho de mercado garantido pelo Estado. Essas organizações de natureza jurídica de direito privado recebem transferência dos recursos do fundo público para execução de serviços sociais com o questionável argumento de ineficiência e baixa qualidade dos serviços de saúde ofertados pela estrutura pública. O percentual do orçamento municipal gasto em saúde com parcerias público-privadas para a gestão de serviços de saúde tem apresentado crescimento desde 2011, representando mais de 50% do valor empenhado em saúde.

No município de São Paulo, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o atual modelo de Contrato de Gestão por Organizações Sociais (CGOS) vem sendo utilizado desde 2007. Entretanto, verifica-se a adoção desse modelo no município desde a tardia implementação do SUS na maior cidade do Brasil, nos anos 2001-2002. Em 2014, houve mudança no modelo de contratos de gestão, com a realização de chamamentos públicos e a progressiva substituição do modelo anterior. O município é dividido em 23 áreas geográficas para CGOS: Associação Saúde da Família (ASF), Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim (Cejam), Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde (Iabas), Fundação ABC, Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Saúde na Construção Civil (Seconci), Santa Marcelina, Santa Catarina, Monte Azul e Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem (Fidi), além dos convênios firmados com OS para suprir, temporariamente, uma necessidade do órgão público.

Para a construção dos fundamentos apresentados, este artigo está dividido em três seções e considerações finais. A primeira parte apresenta a conformação da política de saúde no Brasil em suas determinações e contradições, passando pela RSB e os projetos societários em disputa nessa trajetória de luta pela saúde pública, tendo, no horizonte, a busca por outra sociabilidade, num projeto de emancipação social da classe trabalhadora. Na segunda seção, situamos a contrarreforma do Estado brasileiro no contexto das crises cíclicas e estrutural para apresentar as implicações na saúde pública e sua intrínseca relação com mecanismos de mercado cada vez mais presentes nas práticas estatais, nas quais a mercantilização da saúde pública se dá por meio de transferência de recursos públicos para as OS, mediante contratos de gestão e convênios. Na terceira seção, buscamos desenvolver a noção de fundo público e o fundo de saúde como ferramenta importante para o desenvolvimento do SUS no município de São Paulo, apresentando a conjuntura que reverberou sua implantação tardia e especificidade de execução, em

dissonância com o desenvolvimento do SUS no restante do país. Ademais, discutimos a crescente apropriação do fundo público da saúde pelas OS por meio de contratos de gestão e convênios, representando aporte expressivo de recursos públicos para entidades privadas.

POLÍTICA DE SAÚDE E REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

O período de redemocratização brasileira, transição entre o regime militar e a Nova República, delineou nuances de constituir um novo período e mudança significativa na história das práticas relacionadas à saúde. O debate cresceu em torno do tema da reforma sanitária, expressão da possibilidade de promover algum grau de mudança em face do quadro anterior nos marcos e em função de uma crise fiscal e de legitimidade do regime militar. Crise que abria espaço para o enfrentamento da lógica dominante na área, concretizando tensão entre tendências racionalizadoras do modelo assistencial dominante e as resistências empresariais setoriais e um projeto de recuperação da eficácia político-ideológica das políticas sociais enquanto instrumento de hegemonia (Oliveira, 1988).

Nesse contexto, um projeto contra-hegemônico é esboçado, pautando-se na concepção de Estado democrático de Direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde, fruto de lutas e mobilizações de profissionais de saúde, articuladas aos movimentos popular, estudantil, acadêmico e sindical, iniciados com a distensão política e ampliados na década de 1980 (Bravo, 2011).

Entretanto, o desafio posto de desenvolvimento de uma reforma sanitária numa formação social capitalista, ao considerar seus fundamentos e características, impõe à RSB a face de uma reforma social para além da reforma setorial da saúde – não circunscrita aos moldes de política social – ao ambicionar mudanças estruturais e amplas no modo de tratar o viver, adoecer e morrer da população brasileira. Analisar a RSB para além das políticas sociais e de saúde é partir da tese segundo a qual é constituinte de um projeto de reforma social e estrutural em ofensiva ao projeto societário capitalista em voga e que o movimento sanitário não é um movimento social restrito à saúde, mas um conjunto articulado de práticas que perpassam intervenções em todas as determinações sociais na perspectiva de transpor o *status quo*.

O que estava posto era um não questionamento das estruturas sociais das quais derivavam os problemas da saúde e, aponta Arouca (1975), a inviabilidade desse projeto no interior do modo capitalista de produção, sendo necessárias propostas alternativas a ele que passassem por questionamentos das estruturas sociais

desiguais e pela superação do preventivismo – o que delineou o campo da saúde coletiva, preconizando considerar, nas práticas de saúde, as múltiplas determinações sociais no processo saúde-doença.

A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976, unindo a comunidade intelectual num coletivo pela democratização da saúde, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, representa o empenho de fundar associações que congregassem os interesses da área de medicina social e saúde pública para marcarem um novo posicionamento mediante a práticas do campo de conhecimento que se delineava, o da saúde coletiva.

Tais iniciativas constataam a configuração de um conjunto de elementos que foram se constituindo com aporte teórico e metodológico de inspiração marxista – como a ideia da RSB – que seguem na elaboração do que podemos considerar sua proposta, elencando a necessidade de unificação dos serviços, ampliação do acesso, qualidade da atenção à saúde e participação dos usuários do sistema de saúde.

Para obtenção concreta desse ideário se reconheciam os obstáculos e desafios que permeavam a *práxis*, entre eles, os interesses das atividades lucrativas ligadas à saúde, entre as quais se destacavam empresas e cooperativas, indústrias farmacêuticas e alimentícias, bem como as vinculadas a equipamentos hospitalares e instrumentos médicos (Paim, 2007). Entre os feitos de mobilização política, o Cebes apresentou no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde na Câmara dos Deputados (1980) o documento “A questão democrática da saúde”, propondo, pela primeira vez, a criação de um SUS. Esse documento representou um marco na construção da RSB, atingindo *status* de proposições, e não mais de ideia, a partir do qual o movimento sanitário se desenvolveu.

O Cebes tem sido reconhecido como primeiro protagonista institucionalizado do movimento sanitário. Sua vinculação à RSB ilustra o ciclo mencionado no referencial teórico enquanto ideia e desencadeou um movimento capaz de apresentar propostas que se desdobram para um projeto e um processo (Paim, 2007).

Para romper com o “fantasma da classe ausente”, expressão cunhada por Escorel (1989), houve uma aproximação com segmentos populares – especialmente com a classe trabalhadora – para ampliar as bases de sustentação política necessárias às transformações. Entretanto, as classes populares e os trabalhadores, perante a recessão, o desemprego e suas condições materiais e objetivas de sobrevivência, priorizavam lutas pela garantia do emprego e contra o arrocho salarial, a despeito da expressiva incidência de acidentes e doenças advindos do trabalho.

Nesse momento histórico (agosto de 1980), é criado pelo movimento sindical o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes

de Trabalho (Diesat), atuando na saúde do trabalhador, campo da saúde coletiva, considerando o trabalho como categoria central da sociedade, em que acidentes e adoecimentos materializam expressões da questão social.

Concomitante a isso, a 7ª CNS (1980), sob o governo Figueiredo, apresenta-se sob o discurso “democrático social” do Estado brasileiro, anunciando o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), representando uma tentativa de cooptação dos discursos de posicionamentos políticos de esquerda, mas não representando, na prática, priorizar a saúde e a previdência no âmbito das políticas sociais com percentuais significativos de financiamento num cenário de 40 milhões de brasileiros sem acesso à assistência médica e sob o controle de certas epidemias, com políticas racionalizadoras que visavam ao reordenamento do setor de saúde para responder aos custos crescentes dos serviços.

Essas foram estratégias de ação governamental no campo da luta política e ideológica naquele momento de crise de hegemonia, cooptando as massas, encontrando boa acolhida do programa entre os profissionais de saúde preocupados com a melhoria dos serviços oferecidos à população, sendo entendidas como uma conquista dos grupos sociais que defendiam a democratização da saúde e da sociedade brasileira (Paim, 2008). Expressão das contradições que permeavam o setor saúde como apontado a seguir:

Esse foi um período de mobilização e debates muito profícuos, que contou com a participação interna da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, onde, em audiências públicas, foi possível se mapear claramente os interesses em disputa: por um lado o fisiologismo do INAMPS, desejando manter sua máquina clientelista e favorecedora de interesses privados e, por outro, a ABRANGE [...] apresentava uma face de ‘capitalismo moderno’, simpática à SEPLAN [...]. Esta última chegou a elaborar uma proposta alternativa, baseada nos modelos de HMO então em expansão nos Estados Unidos. (Rodríguez Neto, 1997, p. 67 apud Paim, 2008, p. 86)

Nesse contexto surge o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social formulado pelo Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), Decreto 86.329 de 1981. Naquela conjuntura política, travava-se uma luta de posições ideológicas contrárias a fim de influenciar a opinião pública num contexto de contradições de base da sociedade brasileira na década de 1980. A crise do capitalismo internacional comprimia as economias dos países dependentes, atrelando a vida econômica do país às regras do Fundo Monetário Internacional (FMI) e a busca de legitimidade

do Estado, com o processo de redemocratização, via discurso democrático e social, embora a efetivação de políticas sociais estivesse no limite da contenção de gastos públicos.

No final de 1984, na redemocratização e chegada da Nova República, foi realizado o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde para embasar a política de saúde do governo de transição com as seguintes proposições: 1) Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado [...] 2) A melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida [...] 3) A democratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e aspiração dos mais amplos setores sociais (Paim, 2007).

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram expandidas e fortalecidas estrategicamente para reorientação das políticas de saúde e reorganização dos serviços. Nesse bojo, surge a proposta de realização de uma conferência com ampla participação da sociedade civil, especialmente com o protagonismo dos trabalhadores e setores populares. Para tanto, a 8ª CNS, realizada em março de 1986, é considerada um marco na história das conferências – a primeira aberta à sociedade. A 8ª CNS teve sua comissão organizadora presidida por Sérgio Arouca, uma das principais lideranças do movimento da reforma sanitária. Os três eixos temáticos da conferência eram: 1) saúde como direito; discorrendo sobre o fato de a saúde ser ou não um direito do povo brasileiro e da pessoa humana; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) a fim de levantar a quem cabe garantir esse direito; 3) financiamento do setor.

Além dos eixos temáticos, foram considerados conteúdos para aprofundamento e possíveis encaminhamentos dos temas: a saúde do trabalhador (com a realização de conferência temática também em 1986); a questão das grandes endemias que assolavam o país; a necessidade de discutir uma política de sangue; equipamentos, vacinas e medicamentos que levem o país à autossuficiência e independência nacional; dignidade no trabalho em saúde com planos de cargos, salários e capacitação permanente.

Embora outros documentos tenham sido veiculados na 8ª CNS, inclusive do Cebes, nenhum teve proporcionalidade tão expressiva como o da Abrasco, com propostas sob título: “Pela Reforma Sanitária. Saúde: direito de todos, dever do Estado”. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e os governos estaduais e formou as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição Federal (CF) Brasileira de 5/10/1988. No mais, desempenhou importante papel na propagação da proposta da RSB:

Portanto, a Reforma Sanitária enquanto proposta [...] resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como processo desde então [...]. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo. (Paim, 2007, p. 151)

Destarte, delineados o contexto e os projetos societários em disputa da ideia e da proposta da RSB, passamos a elucidar seu projeto e movimento. O projeto estava lançado a partir da legitimação e sistematização da 8ª CNS que fora formalizado posteriormente, na Constituinte de 1988, como conjunto de políticas articuladas, sendo, nos dizeres de Arouca (1988 apud Paim, 2008, p. 158), “[...] bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças”. Esse projeto assentou-se na democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações e participação popular por meio de mecanismos como os conselhos e conferências de saúde, com a premissa: Saúde como um direito de todos e dever do Estado.

O período de redemocratização e a sistematização do projeto da RSB na 8ª CNS, criaram causas e condições para a implantação, em 1987, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), conveniando o Inamps⁴ e governos estaduais na adoção de diretrizes de universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados; regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários; descentralização das ações de saúde; desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e de uma política de recursos humanos, significando estratégia piloto para implementação do SUS. Na nova CF, promulgada em outubro de 1988, o capítulo referencial da Saúde consagra os

4. Autarquia federal criada em 1977 mediante a Lei 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), definindo novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado à especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. O novo sistema transferiu parte das funções, até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para duas novas instituições. A assistência médica aos segurados foi atribuída ao Inamps e a gestão financeira ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios. O Inamps foi extinto em 1993 pela Lei 8.689, e suas competências transferidas às instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS que, criado pela Constituição de 1988, consagrou o direito universal à saúde e a unificação/descentralização para estados e municípios da responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde.

princípios preconizados pelo movimento da RSB, retratando o processo desenvolvido, determinando que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado.” (Brasil, 1988, Artigo 196).

O SUS foi implantado de forma gradual, após o SUDS, o INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990) e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990) implanta o SUS. Entretanto, o texto original sofreu alterações na promulgação da Lei 8.080/90, com 9 artigos vetados totalmente e 5 parcialmente pelo então presidente Fernando Collor, relativos à descentralização, ao controle social e aos repasses governamentais.

O movimento da RSB encampou o embate para a recuperação dos vetos, sendo os conteúdos absorvidos pela Lei 8.142 de 28/12/1990, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, assegurando a existência de instâncias colegiadas como conferências e conselhos de saúde nos três níveis de governo, além de orientar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, exigir a formulação de planos de saúde e a criação de fundos de saúde (Brasil, 1990). Essa correlação de forças de grande empenho e mobilizações foi se arrefecendo no movimento:

Além das repercussões políticas, a desmobilização produziu evidências até no plano do discurso. A ABRASCO, por exemplo, publicou um editorial do seu boletim no final de 1989 mencionando quatro vezes a expressão Reforma Sanitária. A partir daí, a Reforma Sanitária esteve ausente do discurso da publicação dessa entidade, só retornando em meados de 1991. No caso do movimento sindical, o retrocesso não foi menor, nem menos importante. (Paim, 2008, p. 188)

Todavia, na Constituição (Brasil, 1988) está previsto o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Lei 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais dando atribuições ao SUS em seus três níveis de governo, entre elas, “[...] ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.” (Brasil, 1988, Artigo 200, inciso III). Sendo assim, o SUS é um direito social conquistado pelo movimento sanitário que podemos chamar, também, de movimento da RSB, incorporado na CF de 1988 como um direito de todos e dever do Estado:

A saúde é 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. (Brasil, 1988, Artigo 196)

O SUS é política pública gestada pela sociedade e que chegou ao Estado por meio dos poderes Legislativo, Executivo e, progressivamente, do Judiciário:

[...] o SUS é apenas uma das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde. Outras respostas significativas dizem respeito às políticas econômicas, sociais, ambientais, culturais que incidem sobre os determinantes e condicionantes da saúde [...] e continua segmentado, tendo em vista o fortalecimento do Sistema de Assistência Médica Suplementar. (Paim, 2010, p. 97)

Ademais, a RSB e o SUS representam uma construção social de caráter suprapartidário, nasceram dos movimentos sociais na sociedade civil, sendo conquistas do povo brasileiro que culminaram no SUS, a maior política pública gestada pela sociedade civil organizada que chegou ao Estado no Brasil.

Contudo, é ao passar para projeto e movimento, apostando-se na garantia do direito à saúde via políticas sociais num Estado Capitalista que nos deparamos com a contradição permeada no interior do Estado – que sabemos, a partir do estudo das políticas sociais, ter relação orgânica com o capital. As possibilidades de garantia de uma reforma social a partir do setor saúde são determinadas pela correlação de forças com projetos antagônicos expressos por meio da luta de classes. Sem embargo, o movimento passa a dar ênfase na dimensão institucional, ou seja, centrando-se no SUS, secundarizando outros objetivos e perdendo gradativamente forças para impedir o uso da saúde nas tratativas político-partidárias do jogo governamental.

De efeito sintomático, a RSB não é mais tratada nos relatórios finais da 9ª CNS (1992) – “Saúde: municipalização é o caminho”; 10ª CNS (1996) – “Gestão e organização dos serviços de saúde”; 11ª CNS (2000) – “O Brasil falando como quer ser tratado”, só reaparecendo na 12ª CNS (2003) – intitulada Conferência Sérgio Arouca – com o tema “Saúde, um direito de todos e um dever do Estado, a saúde que temos, o SUS que queremos”. Na 13ª CNS (2007) – “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento” – e na 14ª CNS (2012) – “Todos usam o SUS, SUS na Seguridade Social, Política Pública Patrimônio do Povo Brasileiro”, os relatórios finais também não referendam a RSB. Na 15ª CNS (2015) – “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro” –, a RSB como projeto de sociabilidade socialista não foi objeto de referência; o financiamento e sustentabilidade do SUS frente à mercantilização

da saúde foram a preocupação central. A 16ª CNS (2019), com a temática “8º + 8 Democracia e Saúde”, teve por proposição o resgate da memória da 8ª CNS (1986), “[...] considerada histórica por ter sido um marco para a participação popular e para o advento do SUS, já que o resultado desse grande encontro da população brasileira em Brasília gerou as bases para a seção ‘Da Saúde’ da Constituição Brasileira, em 1988” (Programação da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2019). A retórica que engendrou a RSB não foi conteúdo privilegiado na proposição do Conselho, embora o Diesat tenha sugerido a inclusão e o destaque; apenas referendado por uma isolada fala de Virgínia Fontes nas mesas de debate. Podemos dizer, “[...] sem susto ou direito à surpresa, que estamos observando o exercício vitorioso da dominação burguesa” (Dantas, 2017), ao passo que a perspectiva da transformação do Estado pela “via democrática”, configura-se numa pretensão irrealizável mediante ferramenta insuficiente.

Podemos considerar que o projeto aponta para a reforma geral e revolução no modo de vida, e que o movimento obteve uma reforma parcial na correlação de forças, em termos setoriais, institucionais e administrativos. Ainda assim, são inegáveis os avanços no modo de viver e morrer da população brasileira após o SUS, que sofre variabilidades e inflexões diuturnas com interesses distintos permeando sua sobrevivência e concretude.

A CONTRARREFORMA DO ESTADO NO BRASIL – IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA

Partimos do pressuposto de que a contrarreforma do Estado brasileiro nos anos 1990 só pode ser efetivamente compreendida no contexto das determinações engendradas no capitalismo pós-década de 1970, momento em que há transformações no âmbito político em resposta à queda da taxa de lucro, em mais uma crise cíclica do capital mundializado.

Embora o projeto se autorrefira como “reforma” do Estado, consideramos que o termo possui forte cariz de estratégia político-ideológica em busca de consenso e legitimidade que assegure a hegemonia do projeto neoliberal – e não seu significado original que, historicamente, indica proposições inovadoras que visam à melhoria das condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora. Deste modo, denominaremos de “contrarreforma” as proposições que objetivam a redução dos direitos sociais, situando-se na direção oposta das reformas democráticas burguesas.

Esse conjunto de medidas, estabelecido no Consenso de Washington, estava alicerçado na abertura comercial e estabilização monetária ancorada no dólar,

ocorrendo privatizações de empresas estatais e redução de gastos do Estado com políticas sociais, desregulamentação do mercado financeiro, flexibilização do mercado de trabalho, reestruturação produtiva, trazendo consequências nefastas ao Brasil em suas dimensões econômica e social devido à adesão política ao programa neoliberal.

O contexto de transformações em conexão com a dinâmica política e econômica internacional trouxe à cena dois grandes projetos societários antagônicos em disputa: de uma democracia restrita com diminuição dos direitos sociais e políticos e de uma sociedade fundada na democracia de massas com ampla participação social (Netto, 1990 apud Bravo, 2011). Assim, os anos 1990 caminharam rumo a um amplo consenso neoliberal, favorável à implementação de ajuste e reformas institucionais do FMI e do Banco Mundial, com desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e minimização do Estado para os interesses da classe trabalhadora e máximo para os do capital, diminuindo aportes para a seguridade social, privatizando empresas estatais e executando demissões em massa. Um processo concomitante ao avanço da globalização e da mudança do padrão de acumulação capitalista, que desde os anos 1980 passa a funcionar sob o imperativo da mundialização financeira (Chesnais, 1996).

Pautado na política de ajuste fiscal, o projeto de contrarreforma implantado no Brasil entre 1995 e 1998, no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), foi articulado ao mercado na contenção de gastos com políticas sociais e racionalização da oferta. Nesse projeto societário, a tarefa do Estado é garantir o mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. A proposta da “reforma administrativa” contida no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) ocorrida no primeiro governo FHC, comandada por Bresser Pereira, parte da concepção de modelo gerencial com foco na efetividade e eficiência, redesenhando a organização estatal com redistribuição de suas funções entre novos organismos não estatais, as chamadas OS que, embora exercendo funções públicas, obedecem às leis do mercado.

Em caráter de parcerias público-privadas, as OS foram se constituindo como espaço estratégico de mercantilização das políticas sociais e nicho de mercado livre de riscos de investimento para o setor privado, garantido pelo Estado. Essas organizações de natureza jurídica de direito privado recebem a transferência dos recursos do fundo público para execução de serviços sociais com o questionável e insustentável argumento de ineficiência e baixa qualidade dos serviços de saúde ofertados pela estrutura pública, articulação que os desqualifica para qualificar os serviços privados como parte das estratégias colaboracionistas à lógica neoliberal. As OS, enquanto figuras de natureza jurídica, têm finalidade de suprir a prestação dos

serviços públicos após aprovação do PNP (Brasil, 1998). A prática mercantilizante no SUS, repassando a execução dos serviços de saúde às OS, tem como princípio a eficiência, estimulando as organizações a competirem entre si por maior eficácia e menor custo.

Portanto, presenciemos, na segunda metade da década de 1990, um intenso processo de terceirização dos serviços, deixando de ser majoritária a figura do servidor público, desregulamentando e flexibilizando as relações de trabalho. É no governo FHC que o Estado passa a ter a face neoliberal aplicada com mais contundência, respondendo às imposições das organizações financeiras internacionais (FMI e Banco Mundial), deixando de ser produtor de serviços para ser agente estimulador, regulador e financiador de políticas públicas e sociais, o que representa ser um agente financiador para o capital por meio do fundo público ao invés de aportar o financiamento de políticas sociais.

As mudanças na forma jurídica do Estado brasileiro via “administração gerencial”, em substituição ao modelo tradicional estabelecido mediante a administração direta para execução de serviços públicos de saúde, inicia-se com a experiência da Fundação das Pioneiras Sociais (FPS), quando a Lei 8.246, de 22/10/1991 autorizou o Poder Executivo a celebrar contrato de gestão com a referida entidade, com atuação restrita à área da saúde e gestão supervisionada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1991).

Desde a origem “piloto” da FPS, o contrato de gestão foi delineado de modo a permitir à entidade contratada plena autonomia administrativa, fundamentada na economicidade e eficiência, cujos critérios de controle se pautariam na avaliação do retorno obtido com a aplicação dos recursos públicos, ou seja, com avaliação baseada em resultados. Na esteira dessa experiência e inspirada nela, criou-se a Lei 9.637/1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como OS, a criação do PNP, institucionalizando e inserindo no ordenamento jurídico a gestão dos serviços públicos de saúde pelas entidades privadas “sem fins lucrativos”, mediante contratos de gestão.

Assim sendo, as OS são definidas pelo Art. 1º da Lei 9.637 como:

[...] pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. (Brasil, 1988)

No contrato de gestão, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, devem estar discriminadas as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social, tendo

que ser submetido, após aprovação pelo conselho de administração da entidade, ao Ministro de Estado ou autoridade supervisora da área correspondente à atividade fomentada.

O modelo de gestão por OS apresenta diferenças processuais significativas em relação à gestão pública na prestação de serviços, as quais consideramos problemáticas: a) as aquisições de serviços e compras não estão sujeitas à Lei 8.666/93, que institui normas para licitações e contratos da administração pública; b) a relação com a força de trabalho, na qual seleção, contratação, manutenção, desligamento, plano de cargos e salários são regulamentados em cada OS, não estando circunscritos a concurso público, gerando alta rotatividade e não fortalecimento de vínculos com a comunidade que acessa o serviço, elemento importante para a saúde pública; c) as condições de trabalho são permeadas por cumprimento de metas com mecanismos de controle finalísticos, ao invés de processuais, como no caso da administração direta; d) a autonomia de execução orçamentária, financeira e contábil dos recursos consignados pelo contrato de gestão, podendo, inclusive, serem feitas aplicações de saldos no mercado financeiro.

Assim, o caráter declarado de não lucratividade das entidades obscurece a essência de interesses econômicos, materializados via isenções de impostos, bem como a possibilidade de remunerar com altos salários seus corpos diretivos, além de remunerar de forma não isonômica os trabalhadores que vendem a força de trabalho para diferentes OS no território brasileiro. A eficiência desse modelo é questionável, principalmente, pela falta de transparência das gestões. Correia e Santos (2015) trazem dados sobre uma auditoria do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCESP) que comparou os dois métodos de administração e constatou que os hospitais geridos por OS apresentam prejuízo econômico maior do que os geridos pela administração direta. Em pesquisa documental realizada em 2015 em inquéritos civis públicos de ministérios públicos estaduais e em auditorias de tribunais de contas, as autoras relataram uma série de irregularidades nesse modelo de gestão em todo o país, como serviços ineficientes, aumento de gastos estatais nas unidades geridas por OSs e desvios de recursos públicos, sugerindo que os mecanismos de controle da qualidade do serviço prestado por OS e do uso do dinheiro público por essas instituições eram falhos (Correia e Santos, 2015).

Coadunando com sua essência capitalista, o Banco Mundial é um dos maiores defensores desse modelo de gestão. Em 2007, elaborou um documento apresentando os resultados da avaliação realizada sobre alocação, gestão de recursos, planejamento e execução do orçamento em diferentes níveis do governo, voltados para o gasto público na prestação de serviços assistenciais, cuja proposta final foi subsidiar o governo brasileiro na gestão e racionalização do gasto com a saúde

pública. Segundo o relatório, as unidades de saúde deveriam ter autonomia plena para administrar e aplicar recursos físicos e humanos, seguir as políticas de saúde propostas pelo SUS e cumprir um conjunto de metas previamente definidas, a exemplo das OS em São Paulo. (Banco Mundial, 2007).

Mesmo com a Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) 1.923, proposta pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), contra a Lei 9.637/98 e, portanto, contrária à adoção das OS, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que a administração pública pode repassar a gestão de escolas públicas, universidades estatais, hospitais, unidades de saúde, museus, entre outras autarquias, fundações e empresas estatais que prestam serviços públicos sociais para entidades privadas sem fins lucrativos – como associações e fundações privadas qualificadas como OS. Além de poder privatizar a gestão de entidades estatais que prestam serviços públicos sociais, isso pode ser feito sem licitação, bastando um procedimento simplificado que garanta os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

A FNCPS, composta por fóruns de saúde de diversos estados, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, projetos universitários e várias entidades de âmbito nacional elaborou o documento “Contra Fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”. Nele, foram apresentadas denúncias sobre a existência de fraudes nas OS pela forma de dispensa de licitação garantida para compra de material e cessão de prédios, abrindo precedentes para a apropriação do erário, havendo violação frontal do princípio da administração pública por não se utilizar a “legislação sobre licitação pública”, considerando-se a transição entre a Lei 8.666/93 e a Lei n. 14.133/21.

Compreendemos as OS na execução da política de saúde como parte integrante do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), o qual articula a geração e difusão de tecnologias, a dinâmica institucional social e a estruturação do Estado e sua relação com o setor privado, ao passo que passam a ocupar papel destacado na apropriação do fundo público para prestar e gerir serviços de saúde, desempenhando um papel no processo de mercantilização do sistema de saúde público brasileiro, ainda que persistam divergências conceituais na narrativa aqui assumida.

Correia e Santos (2015) consideram que a privatização e mercantilização acontecem quando o Estado abdica de ser o próprio agente econômico produtivo e empresarial por meio da venda de estatais ou quando renuncia a ser o executor direto de serviços públicos por intermédio de incentivos ao setor privado como fornecedores destes serviços, mediante repasses de recursos públicos ou isenção de impostos. Destacam, portanto, que as “[...] raízes da privatização da saúde estão,

historicamente, determinadas pelos interesses do capital na área da saúde, em usá-la como mercadoria e fonte de lucro”. (Correia e Santos, 2015). Em consonância com Correia e Santos, Laurell (1996) argumenta que a privatização na saúde não é uma questão técnica para o pensamento neoliberal, mas que se depreende justamente do postulado segundo o qual o mercado é o melhor meio de destinação de recursos e que suas forças somente podem entrar em movimento quando os bens se tornam mercadorias.

Para Mendes (2015), a atuação crescente das OS na administração de serviços públicos de saúde está inserida num contexto maior de apropriação do fundo público pelo capital. Além dos constantes repasses de recursos públicos para essas entidades, o autor levanta outras medidas estatais na área da saúde que vêm enfraquecendo a capacidade de arrecadação e prejudicando o financiamento do SUS. Entre elas estão a permissão de entrada de capital estrangeiro na saúde e a manutenção da Desvinculação da Receita da União (DRU) por 21 anos.

No mais, há diferentes formas de implementação de mecanismos de mercado no funcionamento do sistema de saúde. Tais contrarreformas mercantis, justificadas a partir da premissa de que a inserção da lógica de mercado poderia tanto diminuir a necessidade de gastos públicos como aumentar a eficiência dos existentes, manifestam-se em forma de mercantilização explícita e implícita. A mercantilização explícita envolve direta transferência de responsabilidade do setor público para o privado, ampliação de participação de recursos privados como (co)pagamentos e a privatização *stricto sensu*; na mercantilização implícita ocorre a incorporação de princípios advindos do setor privado no sistema público, tanto no financiamento quanto na prestação dos serviços de saúde, caracterizando-se pela adoção crescente de uma lógica de atuação privada por parte do setor público (Ferreira e Mendes, 2018).

O setor privado no sistema de saúde brasileiro não é um agente novo. O sistema jamais teve caráter estritamente público, tampouco nos países de capitalismo central como Alemanha, França e Reino Unido. Entretanto, os diversos mecanismos adotados representam alteração qualitativa e quantitativa da presença privada e da lógica de mercado nos sistemas públicos de saúde na adoção de parcerias público-privadas (PPP), sendo responsáveis pela concepção, construção e operação de serviços de saúde.

Distintos modelos mercantis de gestão se apropriam dos recursos do fundo público na saúde, tais como: Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP); Serviço Social Autônomo (SSA); Fundação de Apoio; Sociedade de Economia Mista; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); Filantropia; Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); OS; convênios.

A mercantilização implícita no sistema de saúde brasileiro se consolida principalmente pelas OS, modelo de gestão largamente disseminado nos estados e municípios. A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais da Saúde (OSS) no município de São Paulo se dá via contratos de gestão para execução dos serviços na rede assistencial e modelo definido – como convênio com OS, realizado esporadicamente e por tempo determinado a fim de suprir as necessidades emergentes na execução da política de saúde, revelando a lógica de mercado presente no SUS da maior cidade do Brasil.

O FUNDO PÚBLICO DA SAÚDE E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O fundo público é uma categoria central para a compreensão do *modus operandi* da fase contemporânea do capitalismo, em sua processualidade de reprodução ampliada. Num contexto de crise estrutural e endêmica, é evidente a centralidade do fundo público *pari passu* ao amortecimento dos efeitos deletérios e imediatos da crise, rotando contrariamente à tendência declinante da taxa de lucro, numa configuração de blocos de hegemonia política ante a instabilidade econômica e política permanentes na disputa acirrada por sua formação e destinação (Behring, 2010).

Em seu surgimento, o fundo público exerceu função ativa nas políticas macroeconômicas na construção do Estado social num contexto de Pós-Segunda Guerra Mundial, sendo essencial na esfera da acumulação primitiva e na conformação das políticas sociais, o que lhe confere papel relevante para a manutenção do capitalismo e do contrato social. A funcionalidade das políticas sociais reside na expansão do mercado de consumo, o que viabilizou o compromisso de pleno emprego e proteção social nos países de capitalismo central entre 1945 e 1975, comparecendo como financiador da reprodução da força de trabalho e de políticas anticíclicas nos períodos de refração econômica (Salvador, 2010).

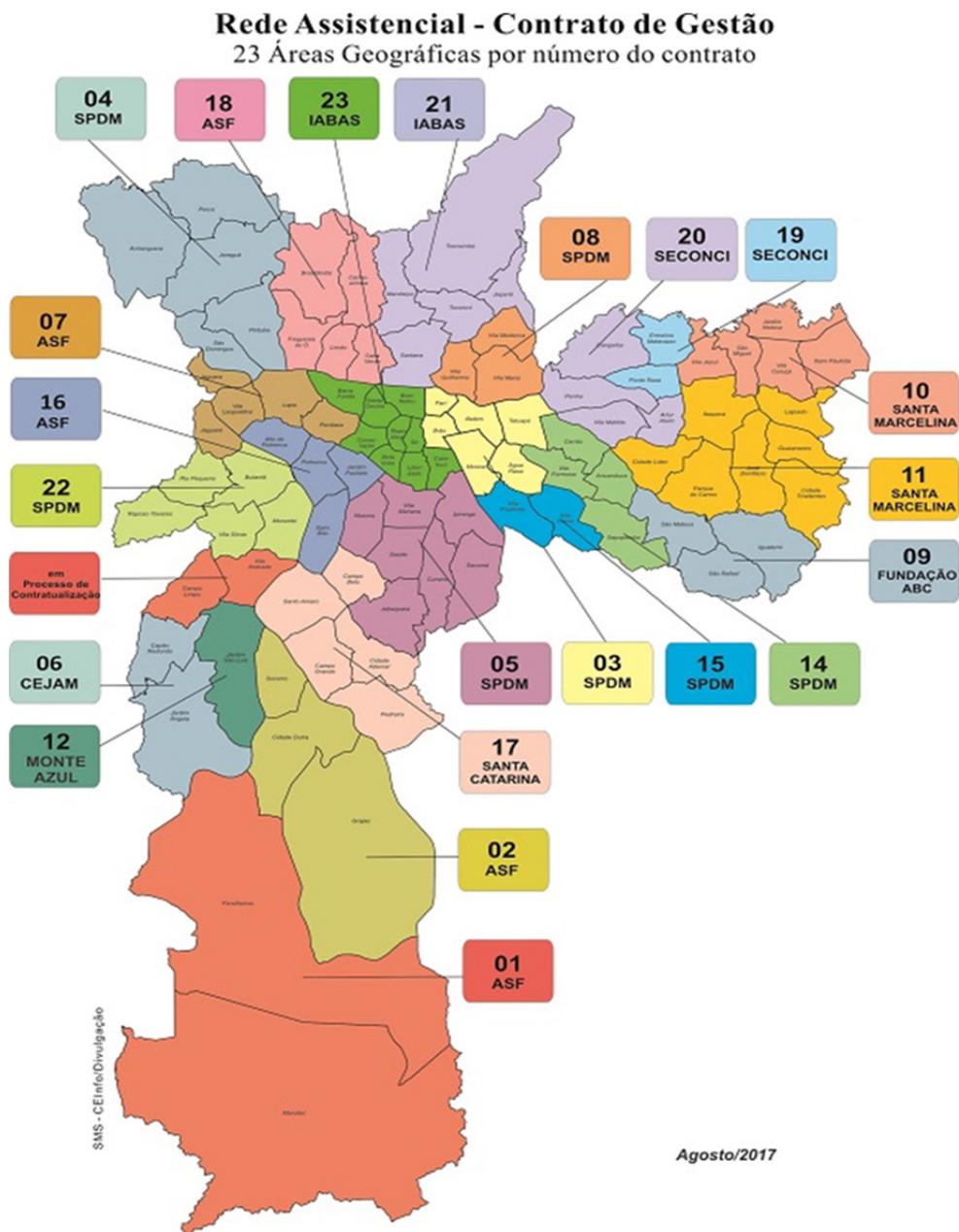
Na particularidade brasileira, a conquista por uma seguridade social somente a partir da CF de 1988, assegurando direito à saúde, previdência e assistência social, apesar de obter um orçamento constituído por contribuições sociais exclusivas, defronta-se com inúmeras contrarreformas do Estado advindas do projeto neoliberal. Além de representar setores candidatos à privatização, “[...] graças à sua enorme capacidade de produzir acumulação de capital na área financeira e na ampliação do mercado de capitais, sobretudo o de seguros privados” (Salvador, 2010, p. 28), a Seguridade Social torna-se um dos alvos principais de apropriação e destinação ao

superávit primário com objetivo de valorar e acumular capital vinculado à dívida pública, em detrimento da utilização de recursos do fundo público nessas políticas sociais.

Esse padrão de acumulação do capitalismo contemporâneo, particularmente no caso brasileiro, de inter-relação entre orçamento fiscal e orçamento da seguridade social que conforma o fundo público denota a arena de luta pelo orçamento público. A Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2019 – Lei n. 13.808 de 15 de janeiro de 2019 –, a qual contém os recursos do orçamento do Estado aprovados pelo Congresso Nacional, expressa os valores em disputa no fundo público brasileiro: R\$ 3.262.209.303.823 (três trilhões, duzentos e sessenta e dois bilhões, duzentos e nove milhões, trezentos e três mil e oitocentos e vinte e três reais), dos quais quase 30% foram destinados ao refinanciamento, com pagamento de juros e amortização da dívida pública federal totalizando R\$ 758.672.993.326 (setecentos e cinquenta e oito bilhões, seiscentos e setenta e dois milhões, novecentos e noventa e três mil e trezentos e vinte e seis reais).

O financiamento da saúde, de responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal, é administrado pelo fundo de saúde controlado pelos conselhos de saúde. O fundo de saúde serve para otimizar a utilização dos recursos que se destinam a diretrizes e objetivos do SUS, cujos recursos estão previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA), de acordo com o Plano Plurianual dos Projetos e Ações Governamentais (PPAG) e provenientes de fontes nacionais – de receitas do Tesouro Nacional e de arrecadação direta do FNS – e internacionais – de acordos firmados pelo governo brasileiro com instituições financeiras internacionais como o Banco Internacional para a Reconstrução e o desenvolvimento (Bird) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para financiamento de projetos na área de saúde.

São 10 (dez) as OSS qualificadas na forma da Lei 14.132, de 24/1/2006 (São Paulo, 2006) e do Decreto 52.858, de 20/12/2011 (São Paulo, 2011), das quais 9 (nove) atuam nas Redes Assistenciais das Supervisões Técnicas de Saúde (RASTS) das regiões do município de São Paulo e 1 (uma) no desenvolvimento de serviços para realização de diagnósticos por imagem, que recebem os recursos do fundo público da saúde no município de São Paulo: Contratos de Gestão por Rede Assistencial pesquisado no sítio da Secretaria de Saúde do município de São Paulo, temos a seguinte descrição das OSS: 1. CSSM; 2. Seconci; 3. SPDM; 4. Cejam; 5. Fundação do ABC; 6. Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC); 7. ASF; 8. Associação Comunitária Monte Azul, 9. Iabas; 10. Fidi.



Fonte: Secretaria de Saúde de São Paulo (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2019a e 2019b).

Figura 1 – Contratos de Gestão por Rede Assistencial

Na rede assistencial, os contratos de gestão servem para execução de serviços nos equipamentos em todos os níveis de atenção. Entretanto, analisando contratos, mensuramos expressiva e majoritária atuação das OSS na atenção básica, em especial em UBS e AMA.

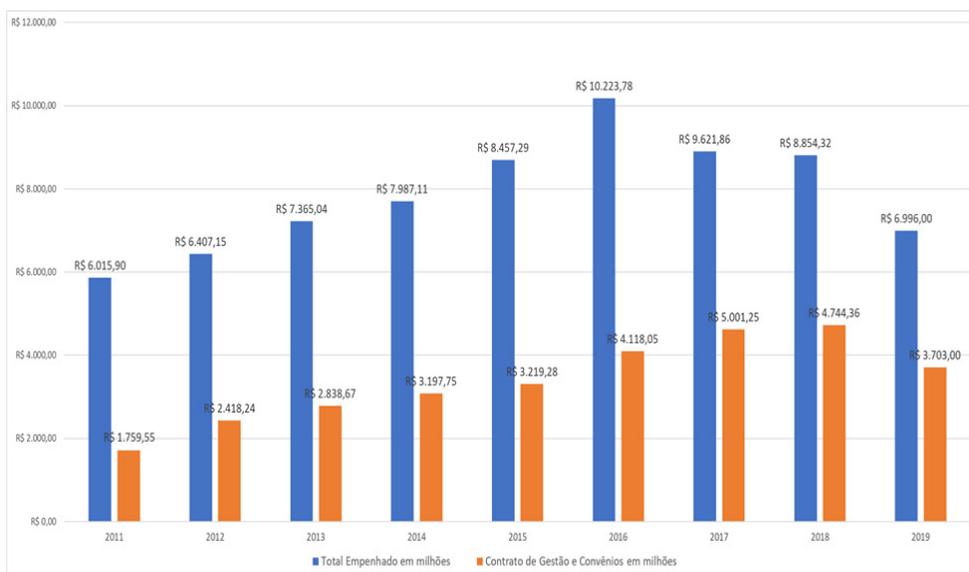
Analisando os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e os Relatórios de Prestação de Contas, num recorte temporal desde 2011⁵, podemos apreender um crescimento significativo na transferência da execução dos serviços de saúde para o modelo de gestão via CGOS Contrato de ou Convênios. Em 2017, das 453 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, apenas 94 eram geridas por administração pública; em 2018, eram 84 UBS; em 2019, somente 70 UBS ainda eram administradas diretamente pelo poder público, demonstrando a dependência das OS no oferecimento da atenção básica à classe trabalhadora da cidade de São Paulo.

Sendo assim, os recursos do fundo público passam a ser cada vez mais apropriados por essas entidades de caráter privado. Dos recursos empenhados na execução da política de saúde, há significativos valores apropriados pelas OS. Em relatórios de prestação de contas do município de São Paulo, podemos apreender crescente apropriação do fundo público da saúde pelos contratos de gestão e convênios no município de São Paulo (Gráfico 1).

Em 2016, verificamos um recurso empenhado do fundo de saúde do município de São Paulo no montante de R\$ 10.223,78 bilhões e R\$ 4.118,05 bilhões apropriados pelas OS, representando 40% do valor do fundo público via contratos de gestão e convênios de OS no município de São Paulo.

A partir de 2016, podemos verificar diminuição de recursos empenhados, consequência da Emenda Constitucional nº 95 aprovada em 2016, instituindo o Novo Regime Fiscal (NRF), que passa a congelar as despesas primárias, reduzindo-as em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) ou em termos *per capita* por duas décadas. Todavia, em termos percentuais os valores repassados às OS para Contratos de Gestão e Convênios, tiveram expressivo aumento ao longo dos anos.

5. A escolha do recorte temporal de 2011 ao terceiro quadriênio de 2019 é conjuntural. Os Relatórios Anuais de Gestão e os Relatórios de Prestação de Contas estão disponíveis publicamente somente a partir de 2011.



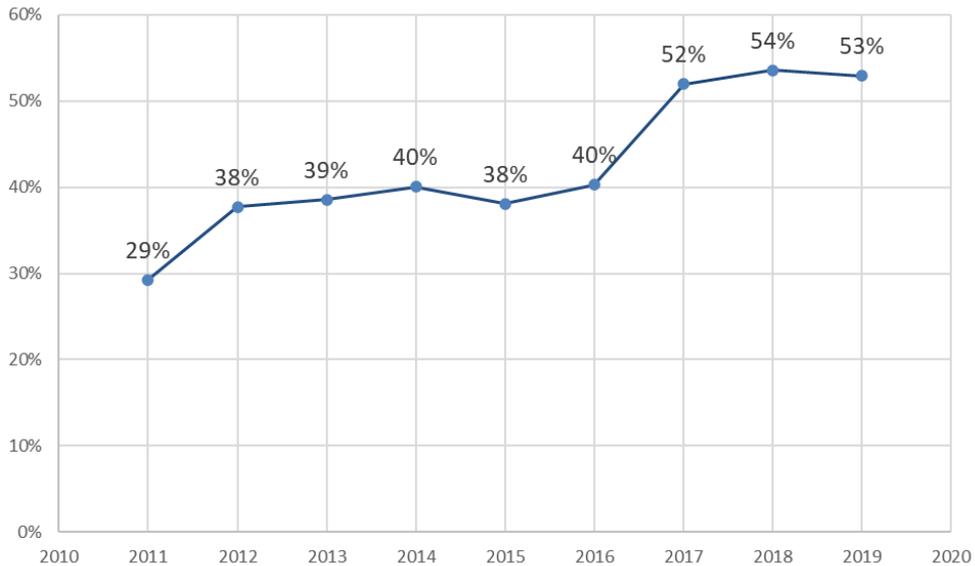
Fonte: Elaboração própria, a partir de Prefeitura Municipal de São Paulo (2019b).

Gráfico 1 – Apropriação do fundo público da saúde pelos contratos de gestão e convênios no município de São Paulo em valores reais (2011-2019⁶)

Em 2017, o valor empenhado foi de R\$ 9.621,86 bilhões – dos quais R\$ 5.001,25 foram destinados às OS, representando 52% do fundo público; em 2018, R\$ 8.854,32 bilhões foram empenhados e R\$ 4.744,36 repassados para tais organizações privadas, um repasse de 54%; em 2019, mesmo com os valores apenas até o segundo quadrimestre disponíveis, dos empenhados R\$ 6.996,00, os R\$ 3.703,00 bilhões apropriados pelas OS representam 53% dos recursos repassados conforme a prestação de contas do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (CMS/SP). Os valores apresentados estão deflacionados em relação a 2019, embora o foco se destine a analisarmos a evolução em percentual da apropriação do fundo público pelos contratos de gestão e convênios no município.

Em 2011, 29% do fundo público eram destinados às OS; em 2018, 54% representam o repasse para tais organizações privadas; em 2019, mesmo com os valores apenas até o segundo quadrimestre, temos 53% repassados, conforme a prestação de contas do CMS/SP (Gráfico 2).

6. Os dados de 2019 apresentados se restringem ao segundo quadrimestre, informação disponível até a data da conclusão desta dissertação.



Fonte: Autora com base nos Relatórios de Gestão e Relatórios de Prestação de Contas da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (2019b).

Gráfico 2 – Evolução em percentual da apropriação do fundo público pelos Contratos de Gestão e Convênios no Município de São Paulo (2011-2019)

Em funcionamento na saúde do município há mais de duas décadas, as OS se configuram e se estruturam em arranjos ainda bastante obscuros no âmbito da gestão e prestação de contas desses serviços, tanto no que tange à economia quanto à qualidade da assistência à saúde. O argumento de redução dos gastos públicos não é palpável, ao passo que os indicativos de resultados ainda são frágeis.

O instrumento do contrato de gestão tem se revelado insuficiente para maior aprofundamento da execução dos serviços com a apropriação desses recursos. Não há controle no momento da contratação, por exemplo, em relação à factibilidade das metas estabelecidas em função do equipamento e recursos humanos disponibilizados. Não há, também, critérios para estipulação de garantias e aferição processual em relação ao patrimônio cedido e aos recursos repassados. Ainda mais sem percepção pública estão os convênios, em que temos os valores repassados na prestação de contas sem quaisquer informações a respeito das tratativas de execução dos serviços. Paira o descontrole sobre o uso do patrimônio e dos recursos públicos e apresenta-se a precarização dos vínculos entre os serviços públicos de saúde e os interesses da classe trabalhadora no tocante à política de saúde do município de São Paulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cidade de São Paulo vem apresentando atuação ampla de organizações sociais privadas na administração dos serviços de saúde que poderiam ser de gestão pública direta, demonstrando que caminhamos em direção contrária ao projeto original da RSB. Os argumentos em defesa do modelo de gestão em apreço não apresentam as vantagens defendidas por seus idealizadores. A rigor, e principalmente por perdermos elementos de averiguação na execução dos serviços de saúde realizadas pelas OS, verificamos que esse modelo nada tem de substancial a acrescentar, a não ser a transferência dos recursos do fundo público para o setor privado, transformando equipamentos públicos de saúde em espaços que se regem pela lógica do mercado.

O risco de uso inadequado de recursos repassados justifica cada vez mais a busca de evidências empíricas sobre o padrão de eficiência e de equidade do modelo. O modelo de governança por OS traz para o primeiro plano da gestão pública os problemas de informação limitada e contratos incompletos na prestação de serviços com essas organizações privadas. A autonomia da gestão dos serviços é fator problemático nas relações com a composição da força de trabalho, podendo contratar tanto pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) como por terceirização. Muitas OS contratam cooperativas de profissionais médicos para algumas atividades, uma vez que a SMS/SP não interfere sobre a decisão de quantitativo e condições de contratação de pessoal.

A mercantilização da saúde está primeiramente caracterizada pela submissão do setor público ao privado por meio da orientação política que utiliza a forma jurídica para dominar as estruturas públicas. Consequentemente, concluímos que os opositoristas a esse modelo de gestão, aos quais nos alinhamos, são coerentes aos princípios do SUS ao afirmarem que as OS se furtam de arcabouço institucional para atender a interesses capitalistas, e que estas ideias são opostas às defendidas pela concepção da RSB.

Sejam quais forem os indicativos de não apreensão do impacto, eficácia e eficiência, estamos caminhando para o descontrole sobre a mensuração do uso do fundo público da saúde. Isso não quer dizer que estudos e pesquisas de indicadores não sejam necessários, ao contrário, balizam o limiar de complexidade da questão em tela. O que se pretende alertar e corroborar com este trabalho é que estamos caminhando na mesma rota do privilegiamento do setor privado na saúde, cenário que pretendíamos superar ao concebermos a RSB. A conjuntura atual cede cada

vez mais à apropriação mercantil de recursos monetários acumulados pela classe trabalhadora, na contramão de um projeto de sociedade que assegure a manutenção de um sistema público e universal de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo (1999). *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo, Boitempo.
- AROUCA, A. S. (1975). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva no Brasil*. Tese de doutoramento. Campinas, Universidade Estadual de Campinas.
- BANCO MUNDIAL (2007). *Brasil: governança no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos*. Washington D.C. Disponível em: <http://200-98-146-54.cloudouol.com.br/bitstream/123456789/1302/1/Brasil%20Governan%C3%A7a%20no%20sistema%20%C3%BAnico%20de%20sa%C3%BAde%28SUS%29%20do%20Brasil.pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.
- BEHRING, E. R. (2008). *Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo, Cortez.
- _____. (2010). Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. *Capitalismo em crise, política social e direitos*. São Paulo, Cortez.
- _____. (2015). *Política social no capitalismo tardio*. São Paulo, Cortez.
- _____. (2021). *Fundo público, valor e política social*. São Paulo, Cortez.
- _____. e BOSCHETTI, I. B. (2014). *Política social: fundamentos e história*. São Paulo, Cortez.
- BORÓN, A. (2009). *Estado, capitalismo e democracia na América Latina*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- BRASIL (1977). Lei 6.439, de 1º de setembro. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*: seção 1, p. 11617, 2 set.
- _____. (1981). Decreto 86.329, de 2 de setembro. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – Conasp. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 16637, 3 set.
- _____. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF.
- _____. (1990). Lei 8.080, de 19 de setembro. 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*: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set.

- BRASIL (1990). Lei 8.142 de 28 de dezembro. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez.
- ____ (1991). Lei 8.246 de 22 de outubro. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: ano CXXIX, n. 205, col. 1, p. 23281, 23 out.
- ____ (1998). Lei 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 8, 18 maio.
- ____ (2016). Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 16 dez.
- ____ (2020). Lei 13.979, de 6 de fevereiro. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ed. 27, p. 1, 7 fev.
- BRAVO, M. I. S. (2011). *Serviço social e reforma sanitária*. São Paulo, Cortez.
- ____; MATOS, Maurílio Castro de (2007). “O projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate”. In: MOTA, A. E. et. al. (org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo, Cortez.
- ____ e ____ (2013). *Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio históricos*. São Paulo, Cortez, 2013.
- BRESSER PEREIRA, L. C. (2001). “Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado”. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (org.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 4 ed. Rio de Janeiro, FGV.
- ____ (2002). Uma resposta estratégica aos desafios do capitalismo global e da democracia. In: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Balanço da reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública*. Brasília: Seminário de 06 a 08 de agosto de 2002, 2002, p.29-35. Mimeo.
- CARVALHO, G. (2003). *Fundo Municipal de Saúde*. São Paulo, Instituto Pólis/PUC-SP.
- CARVALHO, G. I. e SANTOS, L. (2002). *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde*. Campinas, Unicamp.
- CHESNAIS, F. (1996). *A mundialização do capital*. São Paulo, Xamã.

- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (2010). *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p.
- CORREIA M. V. C. (2011). “Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS?” In: BRAVO, Maria Inês et al. (org.). *Cadernos de saúde: políticas sociais, saúde e participação na atualidade*. Rio de Janeiro, UERJ/ Rede Sirius.
- _____ e SANTOS, V. M. (2015). “Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão”. In: BRAVO et al. (orgs.). *A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Rede Sirius, pp. 33-99.
- CONTREIRAS, H. e MATTA, G. C. (2015). Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo. Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2.
- COUTINHO, C. N. “A hegemonia da pequena política”. In: OLIVEIRA, Francisco, BRAGA, RUY e RIZEK, Cibele (orgs.). *Hegemonia às avessas*. São Paulo, Boitempo, 2010.
- DAIN, Sulamis e SOARES, Laura Tavares (1988). Reforma do Estado e políticas públicas: relações intergovernamentais e descentralização desde 1988. In: OLIVEIRA, Marco Antonio de (org.). *Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil*. Campinas, Unicamp.
- DANTAS, A. V. (2017). *Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- DARDOT, P. e LAVAL, C. (2016). *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo, Editora Boitempo.
- ESCOREL, S. (1989). “Saúde: uma questão nacional”. In: TEIXEIRA, S. F. (org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez; Abrasco.
- _____ (2008). “História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária”. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- FEIJÓO, J. C. V. (2008). “O Estado neoliberal e o caso mexicano”. In: LAURELL, Asa Cristina. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 4 ed. São Paulo, Cortez.
- FERNANDES, F. (1975). *A revolução burguesa no Brasil*. Rio de Janeiro, Zahar.
- FERREIRA, M. R. J. e MENDES, A. N. (2018). Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7.
- FILGUEIRAS, L. (2006a). “O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico”. In: MASUALDO, B. e ARCEO, E. (org.). *Neoliberalismo y sectores dominantes: tendencias globales y experiencias nacionales*. Buenos Aires, Clacso, pp. 179-206.

- GIOVANELLA, L. e MENDONÇA, M. H. M. (2012). “Atenção primária à saúde”. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.) *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 493-545.
- GRANEMANN, Sara. (2004). Necessidades da acumulação capitalista. *Revista Inscrita*, ano VI, n IX.
- HARVEY, David. (1999). A condição pós-moderna. 8 ed. São Paulo, Loyola.
- HAYEK, Frederick A. (1990). O caminho para a servidão Tradução: Anna Maria Capovilla, José Ítalo Stelle e Liane de Moraes Ribeiro. 5. ed. Rio de Janeiro, Instituto Liberal.
- IAMAMOTO, M. e CARVALHO, R. (2011). *Relações sociais e serviço social no Brasil*. São Paulo, Cortez.
- JUNQUEIRA, V. (2002). *Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. São Paulo, Instituto Pólis/ PUC-SP.
- LACAZ, F. A. C. e FLÓRIO, S. M. R. (2009). Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n.6.
- LAURELL, A. C. (1996). “La lógica de la privatización en salud”. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 31-48.
- _____. (2008). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 4 ed. São Paulo, Cortez.
- LIMA, J. C. (1990). “A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?” In: MANDEL, Ernest. *A crise do capital*. Campinas, Unicamp.
- MARX, K. (1987). *O Capital*. 11 ed. São Paulo, Difel.
- _____. (1988). *O Capital: crítica da economia política*. 3 ed. São Paulo, Abril Cultural.
- MENDES, Á. (2012). *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo, Hucitec.
- _____. (2015). A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde Soc*. São Paulo, v. 24, supl.1.
- _____. CARNUT, L. e GUERRA, L. (2018). Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, v. 4.2
- MENDES, E. V. (1987). *As políticas de saúde do Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal*. Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco.
- MENICUCCI, T. M. G. (2011). A política de saúde no governo Lula. *Saúde & Soc*. São Paulo, v. 20, n. 2.
- MÉSZÁROS, I. (2009). *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. São Paulo, Boitempo.
- MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO (Mare). (1995). *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, Imprensa Nacional.

- MONTAÑO, C. (2001). *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção estatal*. São Paulo, Cortez.
- MOTA, Ana Elizabete (2005). *Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. 3 d. São Paulo, Cortez.
- NETTO, J. P. (1990). *Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64*. São Paulo, Cortez.
- ____ (2002). *Capitalismo monopolista e serviço social*. São Paulo, Cortez.
- NOGUEIRA, Marco Aurélio (1998). *As possibilidades da política: ideias para a reforma democrática do Estado*. São Paulo, Paz e Terra.
- OLIVEIRA, F. (2011). *Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira*. São Paulo, Boitempo.
- OLIVEIRA, J. (1988). Para uma teoria da Reforma Sanitária: “democracia progressiva” e políticas sociais. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro.
- PAIM, J. S. (2007). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Tese de doutoramento. Salvador, Universidade Federal da Bahia.
- ____ (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Edufba/Rio de Janeiro, Fiocruz.
- PALMA, J. (2015). *Lutas sociais e construção do SUS: o movimento de saúde da zona leste e a conquista da participação popular*. São Paulo, Hucitec.
- POCHMANN, M. (1999). *O trabalho sob o fogo cruzado*. São Paulo, Boitempo.
- PONTE, Carlos F. e FALLEIROS, Ialê (2010). (org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/EPISV.
- RAVIOLI, Antonio Franco, SOAREZ, Patrícia Coelho de e SCHEFFER, Mário César (2018). Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cad. Saúde Pública*. v. 34, n. 4.
- SALVADOR, E. (2010). *Fundo público e seguridade social no Brasil*. São Paulo, Cortez.
- SALVADOR, Evilásio e TEIXEIRA, Sandra Oliveira (2014). Orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. *Revista de Políticas Públicas*. São Luís, v. 18, n. 1.
- SÃO PAULO (Município). (2006). Lei 14.132, de 24 de janeiro. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. *Diário Oficial da Cidade*: p. 3, 25 jan.

- SÃO PAULO (Município). (2011). Decreto 52.858, de 20 dez. Confere nova regulamentação à Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, com as alterações introduzidas pelas Leis nº 14.664, de 4 de janeiro de 2008, nº 14.669, de 14 de janeiro de 2008, e nº 15.380, de 27 de maio de 2011; revoga os Decretos nº 49.462, de 30 de abril de 2008, nº 49.523, de 27 de maio de 2008, nº 49.786, de 18 de julho de 2008, nº 50.364, de 30 de dezembro de 2008, e nº 51.625, de 13 de julho de 2010. *Diário Oficial da Cidade*: p. 7, 21 dez.
- TEIXEIRA, S. (1989). (org.) *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez/Abrasco.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO (2019a). Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de São Paulo, Prestação de Contas. São Paulo, SP. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/ Acesso em: set 2019.
- _____. (2019b). Secretaria de Saúde, Portal Transparência. São Paulo, SP. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347. Acesso em: set 2019.

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA

Francimar Felipa da Silva Costa¹

Maria Cristina de Oliveira²

Thyago Augusto de Carvalho³

INTRODUÇÃO

Enfrentamos um trágico cenário de mortes causado pelo novo coronavírus nos últimos dois anos (Watanabe, 2022). No Brasil, para além da postura negacionista e irresponsável do atual governo, publicamente contrário à vacinação, ao uso de máscara e ao isolamento social, também corroboraram com esses acontecimentos dramáticos o desmonte das políticas públicas e a retirada de direitos da população.

Vivenciamos um período obscuro de recrudescimento do conservadorismo e de uma “[...] clara tentativa de quebra do pacto democrático constitucional de um Estado de Bem-Estar Social no Brasil” (Gomes et al., 2019, p. 193). Porém, é preciso lembrarmos que esse retrocesso não é algo novo. Muitos governos adotaram medidas neoliberais ao longo de décadas, em uma combinação de

-
1. Assistente social supervisora no Hospital Municipal Santa Marcelina de Cidade Tiradentes, São Paulo. Especialização em Gerontologia Social pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); aperfeiçoamento multiprofissional em Cuidados Paliativos (Instituto Paliar – São Paulo). Mestrado em Gerontologia Social e doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). francostafs@gmail.com
 2. Assistente social no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP). Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialista em políticas públicas na área da infância e juventude. Especialista no combate à violência doméstica contra crianças e adolescentes. Membro do Comitê de Combate ao Racismo de São Paulo (Cress-SP). socialcrica@gmail.com
 3. Assistente social da Política de Assistência Social da Prefeitura de São Paulo. Mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). thyagoaca@hotmail.com

desregulamentação e austeridade fiscal, escassez de investimentos e desfinanciamento contínuo das políticas públicas, cujo resultado catastrófico é a precarização dos serviços públicos (Salvador, 2010).

Apesar dos ataques sistemáticos contra a Seguridade Social, o Brasil continua a possuir o maior sistema de saúde pública do mundo. Criado em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente, é a principal estratégia no enfrentamento da situação de calamidade pública causada pelo novo coronavírus. Dizemos isso porque, conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, mais de 150 milhões de brasileiros, ou seja, 71,5% da população, dependem exclusivamente do SUS para ter acesso à atenção em saúde (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019, p. 29). Além disso, graças ao SUS foi possível distribuir mais de 380 milhões de doses de vacinas em todos os municípios do país e vacinar mais de 80% da população brasileira (Ministério da Saúde, 2021).

Do mesmo modo, o Sistema Único de Assistência Social (Suas) tem sido primordial neste momento de crise, visto que os efeitos da pandemia não são apenas sanitários, mas também sociais e impactam de maneira contundente a parcela socialmente desprotegida da população. Em 2020, o Brasil tinha mais de 14,7 milhões de famílias em situação de extrema pobreza segundo o Ministério da Cidadania, o equivalente a 39,99 milhões de pessoas com renda *per capita* de até R\$ 89,00 (Madeiro, 2021).

Em face da atual conjuntura do “Estado mínimo”, a combinação entre crise sanitária e econômica, desigualdade, exclusão, desemprego e empobrecimento afeta a maioria dos brasileiros. Apesar disso, muitos estudos apontam para a redução do Estado na esfera das políticas sociais. Vale notar que essa retração do Estado também se dá mediante a diminuição do orçamento destinado às políticas públicas (Salvador, 2012).

Notoriamente, uma das políticas mais afetadas é a saúde pública, cuja parcela de recursos do fundo público designados ao SUS não supre integralmente as demandas da população. Isto faz com que o sistema opere de modo precário e limitado. O orçamento do SUS não acompanha as mudanças do perfil demográfico, dos ciclos de vida da população, da infância ao envelhecimento, do aumento das doenças crônicas e degenerativas, além dos custos associados ao crescimento da violência urbana e mortes por causas externas.

Simultaneamente, o Suas também sofre com os efeitos do ajuste fiscal intermitente. Com orçamento limitado, a ausência de novos investimentos diminui a capacidade da assistência social em ofertar benefícios, programas, projetos e serviços, o que acarreta a violação de direitos e o não acesso de milhares de famílias socialmente vulneráveis, em todo o país, à proteção social.

Importante destacar que a saúde e a assistência social constituem direitos sociais fundamentais para as condições de cidadania da população. O processo em curso de desmonte da Seguridade Social pode levar ao rebaixamento dos patamares civilizatórios da sociedade brasileira. Em outros termos, significa que podemos retroceder a épocas anteriores à Constituição da República Federal do Brasil 1988 (CRFB/88), quando não estava devidamente definido o dever do Estado em assegurar os direitos de saúde ou assistência social aos cidadãos.

Em suma, princípios de universalidade, integralidade e equidade de um Estado de direito, conquistados nas lutas históricas pela emancipação democrática da classe trabalhadora contrária às forças militares do passado ditatorial, estão ameaçados por princípios neoliberais de individualização, competição e meritocracia de um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital.

As questões suscitadas neste período de calamidade pública reacenderam o debate sobre a relevância da Seguridade Social, principalmente do SUS e Suas, inclusive, sobre os financiamentos desses sistemas. Nesse sentido, procuramos traçar breves reflexões sobre a importância de se investir nos sistemas únicos de saúde e assistência social, ainda mais em um momento de calamidade pública em função da pandemia.

Para compreendermos melhor o debate proposto, na primeira parte deste artigo resgataremos alguns elementos históricos e pontos em comum sobre as políticas de saúde e assistência social, com enfoque nas legislações e modos de financiamento. Na segunda parte, destacaremos a Seguridade Social na CRFB/1988 e a organização dos financiamentos dos Suas e SUS. Na terceira parte deste artigo, traçaremos uma breve reflexão sobre o atual momento da pandemia causada pelo novo coronavírus e o rebatimento nos sistemas únicos de saúde e assistência social.

Por fim, esboçamos uma crítica sobre a política econômica adotada no país de modo a propor alternativas que possam contribuir com a superação do momento de crise.

BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

Na história do nosso país, saúde e assistência social compartilharam das mesmas origens. O ponto em comum entre elas são as Santas Casas de Misericórdia⁴

4. Em 1498, a rainha Leonor de Lencastre cria em Lisboa a “Confraria de Nossa Senhora de Misericórdia” inspirada na “*devotio moderna*” que tinha o franciscanismo e o serviço à pobreza como referências (Franco, 2011, p. 36).

instaladas pelos colonizadores portugueses no Brasil no começo do século XVI (Mestriner, 2011). As Santas Casas eram instituições religiosas e filantrópicas que prestavam tanto amparos de saúde quanto caritativos assistenciais. No século XIX, passaram a se dedicar a atendimentos médico-hospitalares. Simultaneamente, a caridade também se institucionalizou, porém, de maneira fragmentada nas várias obras pias espalhadas pelo país.

Ainda no século XIX, com o desenvolvimento do capitalismo e o crescimento urbano, começam a surgir os primeiros esboços de regulamentações e formas de financiamento de um modelo de proteção social coletivo (Brasil, 1831). A propósito, as legislações de 1850 a 1888 já previam seguros como uma espécie de “socorros públicos”. Caixas beneficentes e de pensões foram criadas com recursos dos próprios trabalhadores e algumas delas subsidiadas pelo Estado conforme os interesses das oligarquias à época. Na Constituição da República de 1891, surge pela primeira vez a expressão “aposentadoria” para os funcionários públicos. É a partir daí que se estabelece, constitucionalmente, o ideário liberal meritocrático entre proteção social e emprego.

Na virada do século XIX para o XX, houve recorrência de epidemias como febre amarela, peste bubônica e varíola nos centros urbanos, o que causava perda de lucratividade para as elites. Como resposta, iniciou-se a era dos institutos em 1892. Criaram-se laboratórios bacteriológicos, vacinogênicos, de análises clínicas e farmacêuticas (Bertolli Filho, 2004). O saneamento urbano e a modernização dos espaços públicos urbanos também se tornam questão de saúde pública.

A arquitetura das cidades mudaria para torná-las mais amplas, arejadas e com canais de coleta de esgoto para evitar o contágio por doenças. Acrescenta-se que, em 1904, o médico Osvaldo Cruz coordenou uma polêmica campanha de sanitização na cidade do Rio de Janeiro. Por ser uma ação forçada, a população da cidade se rebelou contra as medidas intransigentes do governo. Esse episódio de insurgência popular levou o nome de Revolta da Vacina (ibid., pp. 27-29).

Na esfera das regulamentações do trabalho, categorias de trabalhadores como os ferroviários, portuários e outras, de interesse das elites, começaram a conquistar direitos. Em 1907, a jornada diária de trabalho foi reduzida para 12 horas. Em 1919, regulamentaram-se os acidentes de trabalho. Nos anos seguintes, criaram-se seguros individuais que logo seriam transformados em Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps).

Neste movimento, destaca-se a Lei Eloy Chaves, de 1923, considerada por muitos autores como o início da proteção social previdenciária (Mestriner, 2011). As Caps prestavam ajuda médica, aposentadorias, pensões para dependentes e

auxílio funerário, porém eram presididas pela lógica individual do seguro e não do direito, limitadas apenas àqueles trabalhadores que contribuía para elas (Salvador, 2010).

Com o decorrer dos anos, as cidades aumentavam consideravelmente em torno dos polos fabris. Em meio a esse processo, o número de proletários industriais também foi ampliado. Logo passaram a se organizar em sindicatos e movimentos sociais na luta por direitos e melhores condições de trabalho.

Mestriner (2012) defende a tese de que é neste contexto de confrontos entre capital e trabalho da década de 1930 que se inauguraram as políticas sociais no Brasil. Para a autora, uma aliança entre governo, igreja católica e burguesia formou-se para monitorar tensões e conflitos decorrentes da “questão social”. O orçamento do Estado, antes voltado para a construção das bases de infraestrutura e desenvolvimento do capital industrial, foi obrigado a ceder espaço para atender às demandas sociais da classe trabalhadora.

Em 1930, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) que absorveram a maioria das antigas Caps. Os IAP também tinham o objetivo de oferecer coberturas sociais aos trabalhadores dos mais diversos segmentos. Na assistência social, o Decreto-Lei 20.351, de 31/8/1931, criou a Caixa de Subvenções, destinada a auxiliar estabelecimentos de caridade e os serviços de ensino mediante exigências mais técnicas, como apresentação de atestados de funcionamento e declarações de gratuidade (Mestriner, 2011).

Em 1934, a legislação tributária também previu que as taxas alfandegárias sobre bebidas alcoólicas e embarcações seriam destinadas à caridade. No ano de 1938, foi criado o Conselho Nacional Serviço Social (CNSS) para dar suporte financeiro às entidades filantrópicas privadas. Em 1942, é instituída a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a qual prestava atividades assistencialistas com uso de recursos públicos, sobretudo para os segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora que não tinham acesso a serviços sociais ou previdenciários.

Com a promulgação da Carta Política de 1946, sistematizaram-se direitos sociais para um número maior de trabalhadores. Instituiu-se que a previdência seria custeada pela contribuição conjunta da União, do empregador e dos empregados em favor da maternidade, velhice, invalidez e morte (Brasil, 1946). As legislações do trabalho e da Previdência Social também prometiam melhorias nas condições de vida do proletariado urbano. Nas décadas seguintes, o arcabouço de normas foi expandido, porém ficou limitado à lógica liberal, que vinculava o acesso à proteção social e à carteira de trabalho.

A Lei 3.807, de 26/8/1960 – Lei Orgânica de Previdência Social (Lops) – unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões, e o Decreto 48.959-A,

de 10/9/1960, aprovou o Regulamento Geral da Previdência Social (RGPS). Nesta direção, a Lops ampliou para outras categorias os benefícios assistenciais de natalidade, funeral e reclusão, bem como o acesso aos atendimentos médico, alimentar, habitacional e social. Porém, para ter a cobertura dos benefícios era obrigatório que o trabalhador possuísse vínculo empregatício (Brasil, 1960). Para àqueles que não tinham esse elo de trabalho formal, restava-lhes apenas recorrer à caridade.

Após o Golpe Militar de 1964, que instaurou a ditadura no Brasil, o regime autocrático criou uma comissão para reformular o sistema previdenciário. Posteriormente, aprovou-se a Emenda Constitucional n. 11, de 31/3/1965, uma das primeiras políticas de austeridade fiscal ao estabelecer o princípio da precedência da fonte de custeio: “Nenhuma prestação de serviço de caráter assistencial ou de benefício compreendido na Previdência Social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total”. (Brasil, 1965, art. 157 § 2º).

Em 1966, como parte da estratégia da ala social do governo militar, houve a fusão de todos os IAP incorporados pelo INPS para implementar um modelo de seguro social unificado, o que favoreceria o controle dos militares.

A Constituição de 1967 foi a primeira a prever a concessão de seguro-desemprego, contudo, apesar dos aparentes avanços, manteve limitados os gastos com a previdência e as demais políticas sociais. Além disso, os acessos aos seguros sociais continuavam restritos aos trabalhadores urbanos do mercado formal de trabalho. Os trabalhadores informais e rurais não tinham acesso à cobertura pública e gratuita de assistência médico-hospitalar ou previdenciária.

Desse modo, segundo Bertolli Filho (2004), de um lado, existia um modelo de atendimento à saúde para os trabalhadores do mercado formal, de outro, o atendimento filantrópico destinado aos trabalhadores “pobres” que não dispunham de muitas alternativas, senão pedir socorro às Santas Casas de Misericórdia.

No final da década de 1960, o governo aprovou o Fundo Nacional de Saúde (FNS) pelo Decreto 64.867, de 24 de julho de 1969, cujos recursos seriam destinados para prover, em caráter supletivo, os programas de trabalho relacionados com a saúde individual e coletiva coordenados ou desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1969).

Em 1974, com a crise do milagre econômico causada pelos choques do petróleo nos mercados internacionais e o anúncio da reabertura democrática, os militares criaram o Ministério da Previdência e Assistência (MPAS) para atenuar o crescente descontentamento popular. O MPAS ficou “[...] responsável pela política de ‘ataque à pobreza’. Por meio desses atos, demonstra que o governo começa a se preocupar com os problemas sociais”. (Mestriner, 2011, p. 157).

Destaca-se, conforme Behring e Boschetti (2011) que a irresponsabilidade da política econômica dos militares, pautada no amplo endividamento das finanças públicas, aumentou a dívida externa, reverberou em crises econômicas inflacionárias e monetárias, pavimentando a via de chegada do neoliberalismo em nosso país na década de 1990. Antes do Golpe de 1964, a dívida externa do Brasil era de US\$ 12 bilhões e, ao final da ditadura, já ultrapassava US\$ 100 bilhões.

Na esfera da saúde, ainda na década de 1970, Arouca (1986) defende o movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (RSB), corrente política e social que surgiu no Brasil em um período de lutas contra a ditadura militar. Para o autor, foi durante o processo de mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização que o movimento teve início, posicionando-se contra as desigualdades de acesso à saúde e a sua mercantilização.

Em 1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social e Assistência Social (Sinpas) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) como autarquias vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), pela Lei 6.439, de 1/7/1977 (Brasil, 1977).

No Quadro 1, dispomos a organização do Sinpas, cuja finalidade era a manutenção de benefícios, a prestação de serviços, o custeio de atividades, programas, bem como das gestões administrativas, financeira e patrimonial, que foram atribuídas às entidades que passaram a integrar sua estrutura.

É na década de 1980 que as lutas sociais lideradas pelos trabalhadores se tornam ainda mais combativas à esquerda (Behring e Boschetti, 2011). Múltiplas articulações e debates aconteceram no país fomentados pelos mais diferentes atores da sociedade civil, os quais defendiam que a assistência social se tornasse uma política pública universal, sem contribuição prévia, de direito do cidadão e de dever do Estado (Sposati, 2011).

Do mesmo modo, mobilizações e discussões foram organizadas para traçar um novo modelo de saúde pública de caráter universal e não contributivo. Nesse processo, destacaram-se os vários segmentos da sociedade civil e o Movimento Popular da Saúde (Mops), o qual contribuiu com a RSB. Seu ápice foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) “Democracia é Saúde”, um marco na luta pelo direito à Saúde que lançou as bases conceituais de proposta da nova política de saúde (Arouca, 1986).

Quadro 1 – Organização do Sinpas

Ano	Órgãos	Atribuições
1966	Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)	Responsável pela concessão e manutenção dos benefícios e demais prestações previdenciárias;
1977	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)	Prestava assistência médica aos segurados
1942	Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA)	Prestava assistência social à população carente
1964	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem)	Executava a política do bem-estar do menor
1974	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev)	Processava os dados da previdência;
1977	Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (Iapas)	Promovia a arrecadação, fiscalização e cobrança das contribuições e de outros recursos pertinentes à Previdência e Assistência Social
1971	Central de Medicamentos (Ceme)	Promovia e organizava o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos àqueles que, por suas condições econômicas, não podiam adquiri-los

Fonte: Brasil, 1977

Com o movimento Diretas Já, em 1984, milhares de pessoas se mobilizaram nas ruas de todo o país na luta pela reabertura democrática e pelo fim da ditadura militar. Em 1986, foi eleita a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) para elaborar uma nova Carta Magna. Behring e Boschetti (2011) avaliam que, naquele momento, buscou-se absorver parte das demandas populares para evitar uma possível convulsão social. Para tanto, os constituintes se referenciaram nos sistemas públicos sociais já consolidados, como é o caso dos *Welfare States*, ou, Estados de Bem-Estar Social criados em outros países de capitalismo maduro a partir do período do Pós-Guerra (ibid.).

Contudo, na ANC de 1987, havia dois projetos em disputa. De um lado, os parlamentares conservadores defendiam a manutenção do sistema de saúde privado vinculado ao emprego em carteira, cujo acesso dependeria de contribuições. Este modelo continuaria a excluir milhões de pessoas do acesso à saúde. Igualmente, a ala retrógrada liberal insistia que a assistência social se mantivesse norteadas pelos parâmetros da filantropia (Sposati, 2011). Do outro lado, havia propostas mais progressistas de criação de um sistema único público universal e democrático, descentralizado, capaz de oferecer atendimento integral à saúde para toda a população sem a obrigatoriedade do vínculo empregatício (Arouca, 1986). Da mesma forma,

a reestruturação da assistência social propunha uma política pública de direitos não contributivos, sob a perspectiva da proteção social desatrelada da filantropia e caridade. Essas propostas de saúde e assistência social, após muitos confrontos e pactuações, acabaram sendo inscritas na nova Carta Magna de 1988.

A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A SEGURIDADE SOCIAL

Com a CRFB/88, as políticas de saúde e assistência social foram reunidas para compor a parcela não contributiva da Seguridade Social ao lado da Previdência Social, a qual continua a requerer contribuições prévias para proporcionar acesso aos seus benefícios previdenciários. Sob essa perspectiva, o artigo 194 da CRFB/88 dispõe que a Seguridade Social “[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (Brasil, 1988)⁵.

Salvador (2010) sublinha que era imprescindível a regulamentação da Seguridade Social para melhor delinear as formas e caminhos para o seu efetivo cumprimento. Nesse sentido, os artigos 194 ao 204 da CRFB/88 reforçam o compromisso do Estado com a proteção social, indicando as fontes de custeio do sistema.

Sendo assim, o financiamento da Seguridade Social não é baseado em uma única forma de recolhimento de contribuição, mas também em outras modalidades de arrecadação que garantam a manutenção regular dos serviços e benefícios (ibid.).

Desenvolveu-se, portanto, a estratégia de diversificar a base de financiamento das políticas sociais de modo a evitar que o sistema seja afetado. Dessa maneira, caso haja o desfalque de uma fonte, as outras cobrirão a eventual falha (ibid.). É o que dispõe o artigo 195 da CRFB/88 ao estabelecer que a Seguridade Social deve ser financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta nos termos da lei e mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 1988).

Nesse aspecto, a CRFB/88 trouxe um novo rol de diretrizes para a saúde no país. Entre elas, destaca-se a universalidade de acesso à saúde, que não é mais limitada aos trabalhadores com registro em carteira. A CRFB/88 também criou as bases

5. Neste sentido, Silva (2016, p. 126) defende que a cobertura social e a proteção cidadã deveriam ser mais amplas e abranger políticas como habitação, educação, cultura “[...] sob o princípio de que a sociedade deve, ao cidadão, determinadas garantias e direitos de seguridade social”.

futuras do SUS no artigo 196: “A saúde é 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 a sua promoção, proteção e recuperação.” (ibid.).

Outra novidade está no mecanismo de financiamento do SUS. Antigamente, a saúde concorria com outras políticas no orçamento fiscal do Estado. A CRFB/88 mudou isso ao instituir o dispositivo de vinculação das receitas, além de diversas normas sobre os percentuais básicos que a União, o Distrito Federal, Estados e Municípios devem destinar à saúde. A União deve investir no mínimo 15% em saúde sobre a receita corrente líquida de cada exercício, nos termos do artigo 198, parágrafo 2º, I, da CRFB/88. Da arrecadação dos impostos dos municípios, 15% deve ser destinado para ações e serviços públicos de saúde, já para os Estados o percentual é de 12%.

A Lei 8.080, de 19/9/1990, mais conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A LOS regula, em todo o território nacional, ações e serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente e eventual. O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar (Bertolli Filho).

Na esfera socioassistencial, Sposati (2011) destaca que é somente a partir da CRFB/88 que a assistência social se torna uma política pública de dever do Estado e de direito do cidadão. Conforme a autora, as ações estatais, nessa área, devem ser orientadas pela lógica da democracia, da cidadania e do direito e não mais sob o prisma do favor, da caridade, da benemerência, do clientelismo, do patrimonialismo e do assistencialismo.

Outro ponto a ser destacado é o artigo 204 da CRFB/88, o qual estabelece que as ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da Seguridade Social, além de outras fontes organizadas com base nas diretrizes da descentralização político-administrativa e da participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis federativos.

Desse modo, a assistência social passa a disputar recursos do fundo público destinados à Seguridade Social, entretanto, com certa desvantagem, posto que não se criaram dispositivos de vinculação ou indexação como nos casos das políticas de

educação e saúde. Mestriner et al. (2012) critica o fato de não ter sido estabelecido um percentual mínimo fixo à assistência social, com isso, o seu orçamento é um dos menores do Estado e depende dos saldos orçamentários e interesses políticos.

Apesar da mudança de paradigma na assistência social, Jaccoud (2012) adverte que o filantropismo não acabou: permanece preponderante, inclusive com vantagens fiscais asseguradas no novo texto constitucional. Para os autores, ao mesmo tempo em que se cria a Seguridade Social com sistemas públicos unificados, cujo financiamento é feito pelo conjunto da sociedade, também se estabelecem formas de não contribuição para as receitas da própria Seguridade Social, com mecanismos de isenções fiscais mediante certificações beneficentes bastante questionáveis tanto do ponto de vista das atividades prestadas à sociedade quanto do montante dos valores renunciados.

Mesmo com a CRFB/88, práticas conservadoras permanecem no trato da assistência social (Sposati, 2011). Ironicamente, o primeiro governo eleito democraticamente pelo povo não aprovou a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) em 1990, sendo sancionada somente três anos depois por meio da Lei 8.742, de 7/12/1993 (ibid., p. 73) – uma conquista democrática importante para a população brasileira, que rompe com uma ação subsidiária, eventual e emergencial para uma ação de provisão continuada (ibid., p. 10). A Loas transforma o CNSS no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) de composição paritária entre governo e sociedade civil.

No domínio do financiamento, o artigo 27 da Loas transforma o antigo Fundo Nacional de Ação Comunitária (Funac), responsável pela celebração de contratos e convênios com entidades filantrópicas, no Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), sob a orientação e controle do CNAS. Por seu turno, o artigo 28 dispõe que o financiamento dos benefícios, serviços, programas e projetos de assistência social serão custeados com os recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, das contribuições sociais previstas no artigo 195 da CRFB/88 e daquelas que compõem o FNAS.

O artigo 30 da Loas estabelece, como condição para os repasses da União aos Municípios, Estados e ao Distrito Federal, a criação: a) dos Conselhos Estaduais (CEAS) e Municipais (CMAS) de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil; b) dos fundos estaduais e municipais de assistência social, com orientação e controle dos respectivos Conselhos de Assistência Social (CAS); c) elaboração dos planos estaduais e municipais de assistência social.

O cofinanciamento e a gestão compartilhada rompem com o antigo padrão do financiamento da política de assistência social marcado por práticas centralizadas, genéricas e segmentadas (Brasil, 2005). Outro ponto importante é que o

FNAS não transfere recursos financeiros diretamente às entidades e organizações de assistência social, mas somente aos fundos estaduais e municipais, em conformidade com os critérios estabelecidos pelos respectivos conselhos de cada instância federativa.

Em 2004, é aprovada pelo CNAS a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que lança estruturas, princípios e bases do Suas. Em 2005, é aprovada a Norma Operacional Básica do Suas (NOB-Suas), cujos princípios de democratização e descentralização da gestão entre as várias esferas de governo padronizam e hierarquizam proteções sociais e organizam uma nova sistemática de cofinanciamento que dispõe sobre as responsabilidades de cada ente federado.

Nesse sentido, Salvador (2010) afirma que, a partir de 2006, os programas e ações organizados no orçamento do FNAS sofrem mudanças consideráveis, resultado das conquistas que contribuíram com a instituição do Suas, tendo em vista a ampliação dos recursos destinados ao orçamento da assistência social (Salvador, 2010). Apesar disso, o autor ressalta que a maior parte das despesas é destinada aos Programas de Transferência de Renda (PTR) e ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), o que revela a focalização do orçamento socioassistencial, em detrimento à universalização do direito (ibid., p. 391).

A Lei Federal 12.435, de 6/7/2011, altera a Loas de 1993 e dá força de lei ao Suas. Com isso, reafirma que o Fundo de Assistência Social (FAS) dos Estados, Municípios e do Distrito Federal devem ter orientação e controle dos respectivos CAS, ao lado do governo que deve gerir os recursos do fundo sempre prestando contas à sociedade.

O financiamento do Suas deve ser efetuado mediante cofinanciamento dos três entes federados. Os recursos alocados nos FAS devem ser voltados à operacionalização, prestação, aprimoramento e viabilização dos serviços, programas, projetos e benefícios eventuais por meio de transferências automáticas entre os FAS e mediante alocação de recursos próprios nesses fundos nas três esferas de governo.

NOVO CORONAVÍRUS NO BRASIL: UM BREVE PANORAMA

Na ocasião em que escrevemos este artigo, o mundo é assolado pela pandemia do *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19), ou Doença do novo coronavírus, causadora da *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* (Sars-CoV-2), doença respiratória altamente contagiosa que, em determinados casos, pode levar à morte (Fundação Oswaldo Cruz, 2020).

O novo coronavírus foi identificado em Wuhan, capital da província de Hubei, na República Popular da China, em meados de dezembro de 2019. Desde então, alastrou-se rapidamente por vários países causando centenas de milhares de mortes (Oxford University, 2022). Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou a doença como pandemia, por ter atingido a população de todos os continentes.

Naquele mesmo mês, as autoridades nacionais confirmaram o primeiro caso de falecimento provocado pelo coronavírus no Brasil. A partir disso, o governo, que até então negava a existência da doença, foi obrigado a reconhecer a pandemia. Ante o agravamento da situação, o Congresso Nacional aprovou o estado de calamidade pública (Brasil, 2020).

Vários Estados e Municípios adotaram uma série de medidas de prevenção pautados nas recomendações das autoridades sanitárias, como a obrigatoriedade do uso de máscaras e os *lockdowns*, isto é, o isolamento social. Uma das principais recomendações era que as pessoas ficassem em suas casas e evitassem locais sujeitos à aglomeração como forma de conter a disseminação da doença de transmissão sustentada de pessoa para pessoa.

Buscou-se ampliar o número de leitos hospitalares e obter recursos como testes, equipamentos de proteção individual, respiradores e medicamentos paliativos para evitar o colapso no atendimento dos hospitais, pois não dispunham de estrutura e equipes suficientes para lidar com o aumento do número de casos de pessoas com Covid-19.

Novamente, o fundo público foi acionado em um momento de crise, inclusive para salvar o capital privado. Para lidar com a situação, o governo disponibilizou linhas de créditos bilionárias, com vantajosas condições de pagamento, a juros baixos e prazos estendidos, outorgou subsídios fiscais para vários setores – como companhias aéreas, montadoras, empresas de energia, grandes varejistas. Porém, as pequenas empresas e microempreendedores não receberam o mesmo apoio, o que nos revela o caráter monopolista do capital ante a oportunidade de diminuir a concorrência de mercado.

Por outro lado, o fundo público também foi usado para atender parte da demanda da classe trabalhadora. Mediante pressão de vários segmentos da sociedade civil, o Congresso aprovou, em caráter extraordinário, o auxílio emergencial e o Benefício Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda (BEm). Foram três parcelas mensais de R\$ 600,00 e outras duas de R\$ 300,00 para trabalhadores informais, Microempreendedores Individuais (MEI), autônomos e desempregados. Para famílias em que a mulher é a única responsável pelas despesas do domicílio, o valor mensal aumentaria para R\$ 1.200,00. Em setembro de 2020, o governo

prorrogou o auxílio emergencial até dezembro, mas com valor reduzido de cada parcela para R\$ 300,00. O objetivo do auxílio, segundo o governo, consistiu em fornecer renda complementar aos mais vulneráveis que, devido ao isolamento social, não conseguiram obter rendimentos.

Em paralelo à crise pandêmica, instaurou-se outra tensão – desta vez de ordem político-ideológica – no Planalto Central. Foi preciso combater as *fake news* e a desinformação do próprio governo contrário às recomendações da comunidade científica internacional, ao defender o uso de medicamentos sem eficácia comprovada, opor-se à vacinação e ao isolamento social, ou propor o isolamento vertical, que se limitava apenas ao grupo considerado de risco, por ter sistema imunitário mais frágil, como idosos e pessoas com doenças crônicas.

Sendo assim, surgiu um tensionamento entre o discurso do presidente da República Jair Bolsonaro e o dos prefeitos, governadores, especialistas e do próprio Ministério da Saúde. Deflagrou-se uma disputa entre negacionistas contrários à ciência e os defensores das recomendações científicas para o enfrentamento da pandemia.

Importante notar que parte das recomendações de proteção contra o novo coronavírus não foram seguidas por milhares de famílias brasileiras, não por posição ideológica, mas por situação social. Tomemos o caso de uma família urbana de classe média: ela tem meios de fazer o isolamento social, já que possui moradia com água potável, saneamento básico, energia elétrica, computadores e internet banda larga para o *home office*. O mesmo não acontece para a maioria das famílias que residem nas periferias dos grandes centros urbanos e áreas rurais. Muitas vezes, as moradias são precárias e costumam abrigar várias pessoas em um mesmo local. No caso da contaminação de um dos membros, é praticamente inviável isolá-lo dos demais, por falta de espaço. Internet banda larga também não é realidade para a maioria dos brasileiros. Outro ponto alarmante é que, em muitas regiões, sequer existe acesso à água encanada, coleta de lixo ou esgoto tratado.

De acordo com dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) de 2018, mais de 39 milhões de pessoas não têm acesso à água potável, 101 milhões não dispõem de tratamento de esgoto em seus domicílios no Brasil. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019, 49% da população não tem acesso à esgoto canalizado e 19% sequer dispõem de água tratada (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020).

Nesse sentido, a sociedade brasileira, em particular os segmentos da classe trabalhadora mais vulneráveis que já enfrentavam problemas sociais, viram agravadas

as suas condições de vida. A pandemia escancarou a precariedade das condições de vida de grande parcela da população, combinado ao desmonte das políticas sociais e uma estrutura pouco preparada para lidar com os efeitos da pandemia.

O Brasil, um dos países mais desiguais do mundo, transformou-se em terreno fértil para a propagação do novo coronavírus, principalmente nas periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais. Mesmo com a escassez de testes e subnotificações, o Brasil alcançou o posto de segundo país do mundo com o maior número de pessoas infectadas e mortas pelo novo coronavírus, atrás apenas dos Estados Unidos. Os óbitos, em sua maioria, concentram-se entre as famílias mais pobres da sociedade brasileira.

Sabemos que a proteção social básica em saúde envolve os mínimos sociais para manutenção das famílias. O acesso à água potável e ao saneamento básico são direitos humanos reconhecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), porém não são cumpridos pelos governantes brasileiros.

Nessa conjuntura de crise e calamidade pública causada pelo novo coronavírus, as políticas de saúde e assistência social foram reconhecidas como “serviços essenciais” e convocadas pelo Estado para compor a linha de frente no combate aos feitos da Covid-19. Contudo, as políticas de saúde e assistência social atuam com larga desvantagem ao enfrentarem a pandemia, porque atravessam intenso processo neoliberal de desmonte e desfinanciamento há anos.

Compõe esse desmonte o Novo Regime Fiscal (NRF) que estabelece o teto de gastos públicos e congela novos investimentos nas políticas sociais pelo prazo de 20 anos consecutivos a partir de 2018, em que anualmente é considerado o valor gasto do exercício anterior corrigido pelo Índice de Preços Ampliados ao Consumidor (IPCA). Essa medida foi aprovada pelo Congresso Nacional e convertida na Emenda Constitucional (EC) 95, de 2016, durante o governo de Michel Temer (Brasil, 2016b).

Ao lado disso, também foi aprovada a EC 93, de 2016, que prorroga a Desvinculação de Receitas da União até o ano de 2023 e eleva o percentual de remanejamento fiscal de 20% para 30% dos recursos das políticas públicas (Brasil, 2016 a). Vale recordar, conforme Salvador (2010), que até foi criada a EC 29, de 13/9/2000, para permitir que os recursos aplicados nas ações de saúde não sofressem desvios para outras áreas, mas, com o decorrer dos anos, foi burlada pelos governos.

Historicamente, tivemos conquistas importantes no orçamento da esfera da saúde para a população brasileira, entretanto, houve muitas perdas. Atualmente, discute-se uma crise que existe há décadas, antes do surgimento do novo coronavírus. Cabe notar que a não implementação do orçamento da Seguridade Social,

conforme previsto no artigo 195 do texto constitucional que determina a diversidade de fontes de financiamento exclusivas para o custeio dos direitos de saúde, previdência e assistência social, também ajudou a criar a cultura do déficit, da crise e ineficiência do Estado para justificar as contrarreformas e retiradas de direitos dessas políticas setoriais (Salvador, 2010).

O quadro que, de qualquer forma, já era desolador foi agravado com a pandemia. Investimentos na melhoria da estrutura do SUS poderiam ter salvado milhares de vidas, detectando precocemente a doença, rastreando sua propagação e analisando a qualidade do atendimento dado aos pacientes.

Salvador et al. (2012) ressalta que, em 1995, o governo teve gastos na proporção do Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 1,75 bilhão com ações e serviços de saúde. Em 2011, essa proporção se manteve, mesmo passando mais de uma década não houve investimentos. O crescimento do gasto público com saúde em relação ao PIB, após a EC 29 (Brasil, 2000) atingindo 3,8% do PIB, foi insuficiente para garantir a integralidade do atendimento.

Mendes (2013) enfatiza também que o gasto com a saúde pública brasileira é baixo, em relação aos demais países, precisaria dobrar a participação do SUS em relação ao PIB, a fim de equiparar a média dos países europeus com sistemas universais.

No Brasil, foram investidos aproximadamente R\$ 289,6 bilhões em ações e serviços públicos de saúde em 2019, o que representa apenas 4,0% do PIB daquele mesmo ano (Brasil, 2021). O total de despesas da União executadas para a área de atuação à saúde em 2019 foi de R\$ 114,18 bilhões; em 2020, aumentaram para R\$ 150,46 bilhões – pouco mais de 30%, ou 4,26% do PIB de 2020 (ibid.).

Na esfera da assistência social, considerando que a PNAS foi instituída somente em 2004 e o Suas em 2005, podemos considerar, com base nos dados divulgados no portal de transparência da Controladoria-Geral da União (CGU), que os recursos orçamentários da assistência social passaram de 0,8% do PIB em 2004 para 1,5% em 2015. A partir de 2016, com o NRF esse percentual decresceu para 1,25% do PIB. Em 2019, correspondeu a 0,8% do PIB, retornando ao mesmo patamar de 2005, quando da implantação do Suas (Brasil, 2019). Nos anos de 2016 e 2017, os recursos federais da rubrica orçamentária dos “serviços socioassistenciais” do Suas sofreram redução equivalente a R\$ 62,4 milhões (Queiroz, 2021).

Somados os recursos da União destinados ao custeio do BPC para idosos e pessoas com deficiência, o extinto Renda Mensal Vitalícia e o Programa Bolsa Família, atingiu-se média de 70% de todo o orçamento federal destinado à assistência social em 2018 (Brasil, 2019).

O total de despesas executado para a área de assistência social correspondeu a R\$ 91 bilhões do orçamento da União em 2019. No ano de 2020, saltou para R\$ 409,94 bilhões, um aumento de quase 300%. No entanto, 73% desse valor – ou seja, R\$ 293,1 bilhões – foram para o custeio do auxílio emergencial (Brasil, 2021). Vale notar que o auxílio emergencial é temporário e deveria ser convertido em direito permanente, isto é, na renda básica de cidadania, de maneira a garantir segurança de renda e dignidade à população.

Ora, se o discurso do governo é de que não há dinheiro, como explicar o volume de recursos desviados para o pagamento de juros da dívida? O orçamento federal executado em 2020 foi de R\$ 3,535 trilhões. Por sua vez, os gastos com juros e amortizações da dívida pública consumiram R\$ 1,381 trilhão e representaram a maior fatia do orçamento federal em 2020, sendo também o gasto que apresentou maior crescimento nominal de 33% superior ao valor gasto em 2019⁶.

Vale observar que os serviços públicos são custeados pelo orçamento estatal, cuja receita advém do pagamento de tributos feito por toda a sociedade. Apesar disso, de acordo com Salvador (2010), quem sustenta o orçamento do Estado, sobremodo, e as receitas da Seguridade Social são os trabalhadores.

O Brasil é um país com uma das mais elevadas taxas de concentração de renda e desigualdades sociais, no caráter regressivo da carga tributária, uma vez que o sistema tributário brasileiro tem sido um instrumento a favor da concentração de renda, afetando os mais pobres e aliviando as classes sociais mais ricas (Salvador, 2010).

Desse modo, defendemos que a tributação deve ser justa, progressiva e com maior incidência sobre aqueles que concentram mais riquezas, as quais devem ser redistribuídas para os orçamentos das políticas sociais de maneira a oferecer serviços públicos de qualidade para todos, algo primordial e capaz de modificar e salvar vidas, como nesse momento de pandemia que atravessamos.

6. “Dentre as explicações para essa elevação dos gastos com a dívida, ressaltamos o impacto das emendas constitucionais 95/2016 e 106/2020, além do elevado custo dos juros aplicados sobre a dívida pública, os gastos com variação cambial da dívida externa, as emissões para dar garantias aos bancos para que eles emprestassem às pequenas empresas, além do volume de vencimentos de títulos em 2020. O crescimento espantoso das operações compromissadas operadas de forma abusiva pelo Banco Central, que chegaram a superar R\$ 1,7 trilhão em setembro/2020, também representam um gasto extorsivo com o que denominamos Bolsa-Banqueiro”. (Fattorelli, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas crises aconteceram ao longo da história de nosso país. Apesar disso, o ano de 2020 será lembrado pelos efeitos catastróficos causados pelo novo coronavírus. Ao contrário do que muitos acreditam, a pandemia não foi a única responsável pelo trágico quadro de 2 mil mortes diárias no Brasil, mas sim a escassez de investimentos na Seguridade Social. A crise causada pela pandemia explicitou outros problemas críticos na política, na economia e na sociedade, que já estavam em curso em nosso país antes do surgimento do novo coronavírus, em razão da contrarreforma do Estado.

Vivenciamos momentos de acentuados retrocessos sob um projeto “ultraliberal no que diz respeito às políticas econômicas; e ainda mais ultraliberal, se for possível, no que se refere às políticas sociais a serem abandonadas ou asfixiadas (por falta de verbas, entraves burocráticos etc.)” (Gomes et al., 2019 p. 180). Esses ataques aos direitos atingem de forma perversa e discriminatória, principalmente, a população negra que reside nas regiões periféricas do país e representa cerca de 56,2% dos brasileiros.

Apesar disso, importante dizer que o Brasil dispõe do maior sistema de saúde pública do mundo, o SUS, um projeto social sem igual no conjunto dos países em desenvolvimento, cujos princípios de universalidade, integralidade e equidade estão firmados na Carta Magna de 1988 (CRFB/88), dando um sentido às ações propostas.

Em que pesem as dificuldades históricas e estruturais de implementação de um projeto de tal envergadura, o SUS já ocupa, de fato, um lugar importante na sociedade e percepção dos direitos de cidadania, espaço que vai muito além da retórica e do terreno das intenções. É certo que, sem o SUS, a maioria dos brasileiros não teria acesso aos serviços de saúde. O SUS é o único plano de saúde pública do mundo a atender mais de 190 milhões de pessoas, as quais dependem dele para qualquer atendimento (Brasil, 2019).

Do mesmo modo, o Brasil é referência no que diz respeito à assistência social e possui um dos maiores sistemas socioassistenciais públicos do mundo. Segundo o Ministério da Cidadania, contando todas as pessoas de cada família, responsável e dependentes, mais de 83 milhões de pessoas estão inscritas no Cadastro Único para programas sociais (Brasil, 2021).

É certo que tivemos e ainda teremos perdas significativas nessas duas políticas públicas, como o congelamento dos gastos sociais pela EC 95 (Brasil, 2016b), haja vista que, sem investimentos, não é possível garantir os direitos que estão assegurados no SUS e no Suas, como a universalização, integralidade, proteção e equidade.

Dado o exposto, precisamos de medidas urgentes que integrem os usuários do SUS e do Suas para que o impacto da pandemia não reforce a necropolítica em que, segundo Mbembe (2003), o Estado escolhe quem deve viver ou morrer. Sabemos que o novo coronavírus atinge a todas as classes sociais, todavia de forma desigual, tendo em vista que a população moradora nas regiões periféricas não tem como manter as medidas de isolamento social por falta de renda, moradia, acesso à água e esgoto tratados.

É impreterível defender as políticas públicas, contrapor-se às medidas neoliberais de flexibilização no mundo do trabalho, terceirizações, privatizações, sonegações, evasões fiscais que diminuem as receitas públicas, sobremodo, o orçamento da Seguridade Social (Salvador, 2010).

Por todos os motivos levantados até aqui, é preciso lutar por mais investimentos para as políticas públicas, de modo que sejam feitos diagnósticos mais rápidos, por meio de serviços modernos e de qualidade, integrados entre as redes de saúde, assistência social e políticas setoriais, com ações imediatas, sobretudo, nos hospitais e serviços socioassistenciais das regiões periféricas a fim de atender as demandas da população que reside em localidades socialmente mais vulneráveis.

Em suma, podemos considerar que o impacto da pandemia não só explicitou as complexas e multifacetadas expressões da questão social já latentes em nosso país como também reafirmou a importância da seguridade social.

A despeito dos defensores do Estado mínimo, ficou claro o papel do SUS e do Suas no enfrentamento da crise sanitária. Sem essas políticas sociais, as consequências do novo coronavírus poderiam ter sido muito piores para a maioria dos brasileiros. Todavia, se esses sistemas públicos recebessem mais investimentos, milhares de vidas poderiam ter sido salvas. Por fim, lutemos por mais recursos para as políticas de saúde e assistência social e por uma sociedade mais humana, justa, igualitária e democrática.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Nathalia (2019). Dia da Consciência Negra: números expõem desigualdade racial no Brasil. *Folha de S. Paulo*, 20 nov. 2019. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2019/11/20/consciencia-negra-numeros-brasil/>>. Acesso em: 11 maio 2021.
- AGAMBEN, G. (2015). *Estado de exceção*. São Paulo, Boitempo.
- AROUCA, A. S. (1986). Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF, pp. 35-42.

- BEHRING, E. R e BOSCHETTI, I. (2011). *Política social: fundamentos e história*. 9 ed. São Paulo, Cortez.
- BOSCHETTI, I. (2003). Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 15, n. 1.
- BERTOLLI FILHO, C. (2004). *História da saúde pública no Brasil*. 4 ed. São Paulo, Ática.
- BRASIL (1946). *Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 18 de setembro de 1946*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm>. Acesso em: 11 set. 2020.
- ____ (1960). *Lei 3.807, de 26 de agosto*. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- ____ (1977). *Lei 6.439, de 1º de setembro de 1977*. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm>. Acesso em: 13 abr. 2020.
- ____ (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- ____ (1990). Conselho da Saúde. *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 5 maio 2020.
- ____ (1998). Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 dez. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- ____ (2000). Emenda Constitucional 29, 13 de setembro. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, p. 1, 14 set.
- ____ (2005). *Política Nacional de Assistência Social/PNAS/2004 – Norma Operacional Básica NOB/SUAS – MDS/SNAS*. Brasília, novembro.
- ____ (2011). Lei 12.435, de 6 de julho. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, p. 1, col. 1, 7 jul.
- ____ (2013). *Financiamento do Sistema Único de Saúde*. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 11 abr. 2020.

- BRASIL (2016a). Emenda Constitucional 93, de 8 de setembro. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, p. 1, col. 1, Edição Extra, 9 set.
- _____. (2016b). Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 16 dez.
- _____. (2020). Decreto Legislativo 6. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, Ano CLVIII, n. 55-C, 20 mar. 2020.
- BRASIL registra 450 mil mortos por Covid-19, e governos voltam a apertar restrições (2021). *Folha de S. Paulo*, 24 de mai. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/05/brasil-registra-450-mil-mortos-e-governos-voltam-a-apertar-restricoes.shtml>>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- COUTINHO, C. N. (2006). “O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas”. In: LIMA, J. C. F., e NEVES, L. M. W. (org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 173-200.
- DELGADO, Guilherme (2002). O orçamento da seguridade social precisa ser recuperado. *Políticas Sociais*, Brasília, n. 5, ago.
- FATTORELLI, Maria Lúcia (2021). Gastos com a dívida pública cresceram 33% em 2020. *Auditoria Cidadã da Dívida*, Brasília, 29 jan. de 2021. Disponível em: <<https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gastos-com-a-divida-publica-cresceram-33-em-2020/>>. Acesso em: 24 maio 2021.
- FRANCO, Renato Júnior (2011). *Pobreza e caridade leiga: as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa*. Tese de doutoramento. São Paulo, Universidade de São Paulo.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2020). *Observatório da Covid-19*. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>>. Acesso em: 14 jun. 2020.
- GENTIL, Denise (2006). *Política fiscal e falsa crise da seguridade social brasileira: análise financeira do período 1990-2005*. Tese de doutoramento em Economia. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- GOMES, Ângela de Castro et al. (2019). “A política brasileira em tempos de cólera”. In: ABRANCHES, Sérgio et al. *Democracia em Risco? 22 ensaios sobre o Brasil de hoje*. São Paulo, Companhia das Letras, pp. 175-194.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2019). *Estimativa da População Brasileira de 2019*. Diretoria de Pesquisas – DPE – Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>>. Acesso em: 14 jun. 2020.
- _____. (2020). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro, IBGE.
- JACCOUD, Luciana (2012). “Política pública e oferta privada: um desafio para a consolidação da Política Nacional de Assistência Social”. In: STUCHI, Carolina, PAULA, Renato e PAZ, Rosangela (2012). (org.). *Assistência social e filantropia: novo marco regulatório e o cenário contemporâneo de tensões entre o público e o privado*. São Paulo, Veras, pp. 63-88.
- MARINS, Carolina (2020). Brasil atingiu 2 mil mortes por covid 4 dias antes da contagem oficial. *UOL*, São Paulo, 24 abr. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/24/mil-mortes-coronavirus-dados-oficiais-defasagem.htm>>. Acesso em: 25 maio 2021.
- MBEMBE, Achille (2018). *Necropolítica*. São Paulo, Editora N-1 Edições.
- MENDES, A. (2013). A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde Soc.* v. 22, n. 4. São Paulo, USP.
- MESTRINER, Maria Luiza (2011). *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. 4 ed. São Paulo, Cortez.
- _____. (2012). “A intrincada relação histórica entre a assistência social e a filantropia no Brasil”. In: STUCHI, Carolina Gabas, PAULA, Renato Francisco dos Santos e PAZ, Rosangela Dias Oliveira (org.). *Assistência social e filantropia: novo marco regulatório e o cenário contemporâneo de tensões entre o público e o privado*. São Paulo, Veras, pp. 39-61.
- OXFORD UNIVERSITY (2022). Daily new confirmed Covid-19 deaths per million people. COVID-19. *Data Explorer*, Londres, 10 mar. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- SALVADOR, E. (2010). *Fundo público e seguridade social*. São Paulo, Cortez.
- _____. et al. (2012). “Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social”. In: SALVADOR, E. et al. (orgs.). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo, Cortez, pp. 153-180.

- QUEIROZ, Christiane Cruvinel (2021). Orçamento da Política Nacional de Assistência Social: o desafio na manutenção dos serviços socioassistenciais em 2021. *NuancesBlog.com*. São Paulo, 17 de maio de 2021. Disponível em: <<https://nuancesblog.com/2021/05/17/orcamento-da-politica-nacional-de-assistencia-social-o-desafio-na-manutencao-dos-servicos-socioassistenciais-em-2021/>>. Acesso em: 25 maio 2021.
- SILVA, Ademir Alves (2016). *Políticas sociais: arenas de lutas por acesso à riqueza social*. São Paulo, Veras.
- SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE SANEAMENTO. Disponível em: <<http://appsnis.mdr.gov.br/indicadores/web/>>. Acesso em: 8 jun. 2020.
- SPOSATI, Aldaíza (1988). *Vida urbana e gestão da pobreza*. São Paulo, Cortez.
- _____. (2011). *A menina Loas: um processo de construção da assistência social*. São Paulo, Cortez.
- WATANABE, Phillippe (2022). Brasil ultrapassa 650 mil mortes por Covid. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 2 mar. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/03/brasil-ultrapassa-650-mil-mortes-por-covid.shtml>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

A PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA E A PANDEMIA DA COVID-19: O CONTEXTO DO MUNICÍPIO DE OSASCO/SP¹

Eduardo Henrique Moraes Santos²

Alan Farley Prates Oliveira³

INTRODUÇÃO

Os anos de 2020, 2021 e início de 2022, no Brasil e no mundo, foram marcados por diversas transformações no funcionamento dos serviços públicos e no cotidiano da população em geral em decorrência da pandemia de Covid-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2, com a suspensão de atendimentos e/ou adaptação das instituições. As consequências sociais, políticas e econômicas deste período histórico são expressas por diversos estudos e publicações científicas abordados neste trabalho, que enfatiza as instituições e políticas públicas como espaços e estratégias imprescindíveis para a manutenção da vida e defesa dos direitos sociais em tempos de crise sanitária.

Considerando esse contexto, destaca-se a política brasileira de assistência social como uma das importantes ferramentas para o enfrentamento das adversidades econômicas, culturais e sociais da demarcada crise sanitária, ao lado de outras

-
1. Publicado originalmente na forma de resumo expandido nos *Anais...* da X Jornada de Políticas Públicas em 2021.
 2. Assistente social na Prefeitura de Osasco/SP. Mestre em Serviço Social e Políticas Sociais pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PPGSSO/PUC-SP) e em Políticas Públicas na Universidade Federal do ABC. ehm.santos@unifesp.br
 3. Assistente social, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PPGSSO/PUC-SP). Bacharel em Serviço Social pela Faculdade Santo Agostinho. alanfarleypr@gmail.com

importantes políticas públicas como a saúde e a Previdência Social. Entretanto, historicamente, tais políticas se constituem por caminhos diferentes que caracterizam particularidades em suas execuções.

O Sistema Único de Assistência Social (Suas) é uma política descentralizada, e a execução de seus serviços ocorre no âmbito municipal. Os âmbitos federal e estadual promovem e regulam o Suas, contribuindo financeiramente para sua oferta em cada localidade, de acordo com a realidade territorial. Assim, a assistência social brasileira formula e implementa diferentes ações, seguindo orientações e normatizações nacionais como a organização dos serviços através dos níveis de proteção social, básica e de média e alta complexidade.

O Suas incorpora características que vão além da atenção à violação dos direitos e reconhece a importância da prevenção como estratégia de promoção da dignidade humana ao criar serviços como os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) com o objetivo de fortalecer as famílias e prevenir a sujeição da população a condições de vulnerabilidades sociais e econômicas.

Com a pandemia evidenciando e intensificando as vulnerabilidades manifestadas na população, percebe-se que a assistência social encontra-se sob forte demanda, sobretudo no âmbito da prevenção que, como porta de entrada para o Suas, objetiva fortalecer as famílias para que não tenham seus direitos violados com as consequências sociais e econômicas da Covid-19. A prevenção na assistência social, assim como a prevenção na saúde por meio de vacinação, deve ocupar papel de centralidade no combate a uma crise sanitária e, conseqüentemente, social.

Neste capítulo, analisaremos criticamente o papel e o reconhecimento da assistência social em face do combate à pandemia, tomando como lócus de investigação o município de Osasco na região metropolitana de São Paulo (RMSP). Para tanto, usou-se a revisão bibliográfica sistemática que, segundo Levy e Ellis (2006), é uma estratégia metodológica que possibilita a escolha de uma literatura baseada em critérios e processos para a interpretação e seleção de determinadas literaturas, reconhecendo suas lacunas e potencialidades após a análise e tratamento dos dados apresentados. Neste trabalho, selecionamos 23 obras a serem articuladas com o tema proposto: 12 publicadas entre 2020 e 2021 e sete entre 2001 e 2019.

Para a seleção da bibliografia, os seguintes critérios foram utilizados: 1) contemporaneidade do debate; 2) pertinência da discussão com o atual cenário de crise sanitária causado pela Covid-19 e seus impactos sociais; 3) análise de políticas públicas; 4) discussão da realidade brasileira: trabalhos que ressaltaram a realidade da região metropolitana de São Paulo, onde se localiza Osasco, tiveram destaque. Usou-se a base de pesquisa SciELO e pesquisa documental com destaque para leis, normativas e regulamentos nacionais e municipais sobre assistência social.

O texto foi dividido em três partes, abordando: a contextualização sobre a política de assistência social no Brasil; avaliação dos impactos sociais e econômicos da pandemia no país, com destaque para a região metropolitana de São Paulo (SP); a exposição e interpretação de informações sobre a proteção básica em uma experiência local brasileira, o município de Osasco, promovendo a reflexão do (não) reconhecimento da potencialidade do Suas para a proteção social no território nacional, com destaque para o contexto pandêmico.

A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

Para Boschetti (2020), a história das políticas sociais perpassa a relação do Estado com a sociedade mediada pelo modo de produção vigente no território, caracterizado por disputas entre projetos societários. Assim, as políticas sociais estão inseridas em contexto de conflito e contradição. Entre elas, a perspectiva paternalista e patrimonialista aflora em um país de origens escravocratas como o Brasil, impregnando a gestão pública de relações clientelistas que negam a criação de serviços e políticas públicas ou o acesso da população a elas, assegurando, dessa forma, um monopólio político e econômico para determinados grupos no país (Gurgel e Souza Filho, 2017).

Para Iamamoto (2009), a desresponsabilização estatal em relação aos direitos da população acentua as expressões da questão social que, em outras palavras, aprofundam a desigualdade perpetuada e gestada pelo sistema societário capitalista vigente. Essa é uma característica da história brasileira, demarcada por ações assistencialistas e práticas caritativas em detrimento da consolidação de políticas sociais na perspectiva de direitos.

Conforme Pereira (2008, p. 2018): “[...] a assistência social é comumente identificada como um ato subjetivo, de motivação moral, movido espontaneamente pela boa vontade e pelo sentimento de pena”. O cenário apresenta mudanças à medida que as relações de produção e sociais se complexificam e os projetos societários entram em disputa na arena política, demandando do Estado um posicionamento, como destacam as autoras “[...] o Estado se vê na contingência de admitir sua responsabilidade social para com os mais pobres [...]” (ibid., 2001, p. 68).

Esse movimento pode ser visto no processo constituinte que resultou na Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFRB/88) – também conhecida como Constituição Cidadã – introduzindo o conceito de proteção e promoção aos direitos por meio da seguridade social, sob a prerrogativa de que “[...] permita aos

cidadãos acessar recursos, bens e serviços sociais necessários, sob múltiplos aspectos e dimensões da vida: social, econômico, cultural, político, ambiental entre outros”. (Yazbek, 2008, p. 6).

A partir desse marco, as ditas ações sociais começam a ser interpretadas como políticas públicas e, posteriormente, são regulamentadas por leis, gerando um sistema de garantia de direitos em oposição às lógicas de filantropia e caridade que descaracterizam as citadas políticas sociais. A assistência social ganha capilaridade nesse momento histórico, desenhando um sistema único de serviços e programas voltados para a proteção de quem dela necessitar, independente de contribuição prévia, fortalecendo o compromisso do tripé estabelecido na CF 88.

Entre as diretrizes políticas previstas pela Lei 8.742/1993, a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas, 1993), destaca-se a relativa autonomia municipal de forma a formular ações que incorporem a realidade local, alicerçadas sobre uma estrutura de conselhos participativos de direitos e fundos de financiamento entre os entes federados para a referida implementação (Brasil, 1993).

Necessário recuperar que, no ano de 2011, a Lei 12.435 trouxe alterações substanciais à Loas. O sistema descentralizado e participativo que organiza a assistência social no país recebeu o nome de Suas, tornando-se a materialização “[...] de uma agenda democrática cuja biografia tem raízes históricas nas lutas e contradições que compõem o direito social, objeto da atenção de intelectuais, da atuação de militantes e da ação de trabalhadores sociais”. (Lopes, 2006, p. 76).

Nessa perspectiva, o Suas possibilita a organização dos serviços, tomando por base os segmentos sociais (criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência), inovando ao apontar a articulação dos serviços em rede de proteção social básica e especial, “[...] respondendo, ao lado dos benefícios, programas e projetos, à garantia das seguranças da acolhida, do convívio, da renda, do desenvolvimento da autonomia e da sobrevivência a riscos circunstanciais”. (Muniz, 2006, p. 140). Segundo Bichir:

[A regulamentação] definiu parâmetros para a implementação do SUAS, definiu os tipos de segurança sob responsabilidade da assistência (acolhida, renda, convivência, autonomia, riscos circunstanciais) e também especificou a organização de equipamentos públicos em todos os municípios como porta de entrada à assistência. (Bichir, 2016, p. 22)

A proteção especial, primeiramente, refere-se a um conjunto de serviços e esforços voltados para responder às situações e condições em que o direito social de determinadas famílias e indivíduos já estejam violados ou com desproteções agravadas. A proteção básica, por sua vez, apresenta caráter preventivo, ou seja, com os

Cras objetiva-se prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários na perspectiva de evitar que a violação de direitos ou que alguma das seguranças (renda, acolhida e convivência) seja destituída.

Evidencia-se que, para além da proteção básica e especial, o Suas também dispõe de um importante espaço, chamado vigilância socioassistencial. De acordo com a lei de regulamentação, a vigilância é “[...] um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território.” (Brasil, 2011). Desse modo, a vigilância produz estudos e análises dos territórios em sua respectiva abrangência, viabilizando informações sistematizadas a respeito do alcance das políticas e da realidade regional:

As unidades de proteção básica ou especial nas quais são ofertados os serviços e benefícios socioassistenciais são provedoras de informações para a Vigilância Socioassistencial [...] contribuindo assim para o mapeamento de situações de risco e vulnerabilidade e de eventos de violações de direitos em determinado território. Assim, o ponto de partida para a Vigilância Socioassistencial é, em larga medida, o próprio conhecimento produzido e acumulado das equipes técnicas da Assistência Social. (Brasil, 2013, p. 23).

Dessa forma, compreende-se que os serviços da assistência social, para além de atendimento à população, também são importantes espaços de sistematização de informações da territorialidade. Devido a essa característica, suas unidades são espalhadas ao longo de todo território, estabelecendo uma dinâmica de georreferenciamento. Isso possibilita à sua equipe, composta majoritariamente de assistentes sociais e psicólogos, compreender e intervir sobre a realidade local.

Na compreensão de Sposati, a metodologia de constituição do Suas indica um novo ordenamento da gestão da assistência social, entendida como política pública de direito, cuja grande novidade “[...] é a de instaurar em todo o território brasileiro um mesmo regime geral de gestão e alcance da política brasileira de assistência social com a perspectiva de responder à universalidade de um direito de cidadania.” (Sposati, 2006, p. 111).

Entretanto, perante os tensionamentos entre projetos societários, a partir dos anos 1990, aflora-se a perspectiva do neoliberalismo no país, caracterizado essencialmente pela defesa de um Estado mínimo, ou seja, um Estado que não investe em serviços públicos, gratuitos e universais para viabilizar e proteger os direitos da população, mas investe e transfere responsabilidades para o setor privado de prestação de serviços e acumulação de capital. A Emenda Constitucional (EC) 95,

de 2016, expressa esse contexto ao impor um congelamento do investimento público nas áreas sociais, afetando o financiamento de diversas políticas públicas brasileiras, como a saúde, previdência e assistência social (Brasil, 2016).

De acordo com Behring (2020, p. 152), “[...]o ajuste fiscal em curso foi articulado para proteger essa verdadeira gambiarra de recursos que é a dívida pública”, gerando um processo de desmonte, descontinuidades e paulatino desmantelamento das políticas sociais – como é o caso do sucateamento dos serviços e programas da assistência social – de forma a cumprir com a agenda neoliberal:

Na Assistência Social, serão desmontados, além de toda a rede de Cras e Creas, o Programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que beneficiam 14 milhões e mais de 4,5 milhões de famílias, respectivamente. O BPC hoje garante benefício mensal de um salário-mínimo aos idosos (65 anos ou mais) e pessoas com deficiência com renda familiar per capita inferior a 1/4 do salário-mínimo. Ao lado das aposentadorias e pensões, o Programa Bolsa Família e o BPC conseguiram com que a pobreza e a indigência entre esta população se tornassem fenômenos quase residuais. (Dweck, Oliveira e Rossi, 2018).

Com a crise sanitária causada pela Covid-19, a desproteção social emerge como uma das consequências sociais da pandemia. Considerando um contexto de fragmentação dos serviços e políticas públicas, a capacidade de proteção à população por meio da saúde e da assistência social encontra-se fragilizada, tornando a violação dos direitos uma realidade, sobretudo para grupos da população em condição de vulnerabilidade.

Dessa forma, apresentar o Suas no atual cenário social, político, econômico e sanitário requer inserir no contexto da crise causada pelo novo coronavírus uma série de fatores que culminaram nas características do modelo de proteção social que temos hoje, compreendendo-o como uma estratégia contemporânea de enfrentamento às consequências sociais da pandemia na sociedade brasileira.

OS IMPACTOS SOCIAIS DA COVID-19

A crise que se instaurou no Brasil com o advento da Covid-19 trouxe diversas consequências de ordem social, cultural, política e econômica. Com isto, diversos setores e instituições da sociedade se viram ante a necessidade de readequar a oferta dos serviços de modo a acompanhar a nova dinâmica da realidade social.

É válido ressaltar que as desigualdades sociais não são novidade no contexto brasileiro devido à pandemia. Na realidade, de acordo com Behring (2021),

Boschetti e Behring (2021), Raichelis e Arregui (2021)), as vulnerabilidades sociais e econômicas são realidades antes da chegada da Covid-19 e são agravadas pelas perspectivas políticas dominantes de desproteção social no país.

Este contexto se mostra no descompasso do governo federal diante do planejamento para lidar com a pandemia, caracterizado por ações autoritárias de ótica utilitarista, priorizando a sobrevivência da economia em detrimento da sobrevivência da população (Guimarães e Pinheiros, 2021) mediante argumentos que negam a pandemia e desresponsabilizam o Estado de ações mais incisivas para o enfrentamento das consequências sociais da doença (Calil, 2021).

Tal cenário tensiona os desafios e limites para as políticas e instituições públicas de modo a incorporar demandas sociais e de saúde que se manifestam perante a realidade social contemporânea. Esta, por sua vez, também enfrenta um processo de precarização do trabalho com iniciativas de trabalho remoto e teletrabalho, desnudando características mais perversas do projeto societário capitalista (Raichelis e Arregui, 2021).

O Estado de São Paulo, a Unidade Federativa (UF) mais populosa do país, é também a região com maior número de casos de Covid-19 (Coronavírus Brasil). Nasser et al. (2021), baseados em pesquisa realizada em conjunto com outros 110 pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), identificaram que, devido aos impactos sociais da pandemia, a vulnerabilidade das comunidades na RMSP e Baixada Santista agravou-se, interferindo na capacidade da população de tomar decisões que poderiam protegê-la da Covid-19 e outras violações de direitos.

Entre as dimensões que caracterizam esse cenário, destaca-se o desemprego que, segundo Barbosa, Costa e Hecksher (2020), já vinha crescendo nos últimos anos e, em razão das consequências da gestão federal mediante a pandemia, notou-se uma elevação deste indicador. Vale mencionar que, neste cenário de alto índice de desemprego, o poder de o trabalhador se posicionar e manter-se no emprego é muito frágil, o que aumenta as possibilidades de precarização dos meios de trabalho (Antunes, 2018).

A pesquisa realizada pela Unifesp gerou uma segunda produção bibliográfica, em formato de *ebook*, destacando outros impactos sociais da Covid-19 em território paulista, como: aumento da fome; dificuldade de acesso aos benefícios sociais (auxílio emergencial e programas de alimentação); sobrecarga da mulher na reprodução social da vida; acentuação da desigual divisão de tarefas no âmbito familiar, como cuidar dos filhos (incluindo o processo de monitoramento da escolarização remota), manutenção da casa, alimentação da família. Tais responsabilidades, em muitos casos, têm a mulher como única responsável, sem redes de apoio (Furtado, 2021).

Ante esse cenário socioeconômico, chama-se atenção para o aumento do índice de desproteção da população brasileira, com especial atenção para a região paulista. Com isto, o aumento da demanda para serviços da assistência social, devido ao aprofundamento das vulnerabilidades sociais, é uma incontestável realidade, o que provoca respostas da proteção social básica, conhecida como porta de entrada para a política de assistência social, uma vez que, em um cenário de crise sanitária com consequências sociais e econômicas, a população recorre aos centros de referência de seus referidos territórios.

A ASSISTÊNCIA SOCIAL EM OSASCO/SP NO CONTEXTO DA PANDEMIA

O município de Osasco, localizado no Estado de São Paulo, teve sua emancipação da capital em 1962. Já foi palco de diversos movimentos sindicais industriais (Moura, 2015) e experiências pioneiras na perspectiva da educação popular com participação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e Paulo Freire em 1963 (Martim, 2006). Atualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), Osasco tem população média de 700 mil habitantes, a quinta maior densidade demográfica do país (10.264,80 hab./km²), e o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do Estado, atrás apenas da capital, e o sexto maior PIB do país.

Entretanto, segundo a mesma fonte, 32,8% dos seus domicílios possuem rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, ou seja, 229.600 munícipes possuem entre zero e meio salário mínimo de renda *per capita* (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021), o que demarca baixo índice de redistribuição de renda e desafios socioeconômicos para a reprodução da vida e, consequentemente, para a garantia dos direitos de considerável parte da população osasquense.

Segundo dados da Vigilância Socioassistencial de Osasco (2020), com base nas informações coletadas via Cadastro Único (CadÚnico), há 49.865 famílias em vulnerabilidade social no município, considerando famílias com renda *per capita* de até R\$ 178,00 e famílias beneficiárias do extinto programa Bolsa Família com renda de R\$ 41,00 a R\$ 205,00 por mês (Prefeitura de Osasco, 2020).

Em relação à pandemia, Osasco apresenta questões preocupantes ao situar-se “[...] em segundo lugar em número de mortos por 100 mil habitantes, perdendo

apenas para Barueri” (Prefeitura de Osasco, 2020), enquanto os boletins epidemiológicos ainda alertam para maior incidência de contaminados e óbitos na população negra (pretos e pardos).

Com base nessa realidade, compreendemos Osasco como um município envolvido em contradições e complexidades, o que evidencia relações com o contexto nacional – como observado anteriormente. Os índices de vulnerabilidade social aqui ressaltados chamam atenção para o lugar da assistência social, com maior ênfase para a importância dos Cras, que objetivam prevenir situações de risco e vulnerabilidade social.

A estrutura do Suas em Osasco consiste em dois Creas, com previsão de abertura de um terceiro; um Centro de Referência Especializado de Assistência Social para População em Situação de Rua (Centro POP), todos vinculados à proteção especial, e nove Cras, com previsão de inauguração do décimo, todos vinculados à proteção básica para uma população de um pouco mais de 700 mil habitantes.

Apesar da capacidade de captação de recursos do município, a própria Vigilância Socioassistencial destaca que não há investimento proporcional para a proteção social da população de forma que atenda ao tamanho do município:

Podemos contar como certo que não há um só Cras no município que conte com o estipulado pela Política Nacional de Assistência Social, na qual diz que cada Cras deve abranger um território com, no máximo, 5.000 famílias em situação de vulnerabilidade social. (Prefeitura de Osasco, 2020).

A defasagem de cobertura territorial do sistema de proteção do município tem desafios intensificados com o contexto da pandemia. Considerando os Cras espaços de referência da comunidade, portas de entrada da população à política de assistência social, com a crise sanitária ampliou-se a procura por esses serviços em busca de informação sobre benefícios e serviços sociais que atendam às suas realidades, exigindo da proteção básica do Suas recursos financeiros, estruturais e ampliação da equipe a fim de assegurar atendimento qualificado e respostas pertinentes às necessidades familiares.

No entanto, essa não foi a realidade para os Cras que, no período pandêmico, depararam-se com filas e aglomerações além da omissão das esferas federal e estadual na criação de políticas sociais ofertadas por meio da proteção básica ou mesmo dos Creas (Globoplay, 2020a, 2021a, 2021b).

Paralelamente ao Suas, os citados entes federativos criaram programas sociais com oferta centralizada, como o auxílio emergencial, implementado pelo Governo Federal mediante a Lei 13.982, de 2020 (Brasil, 2020), e o SP Acolhe

implementado pelo Governo Estadual por meio do Decreto 65.866, de 2021 (São Paulo, 2021), ambos baseados em transferência de renda e sem articulações com o Cras ou outro serviço da assistência social⁴.

Vale mencionar que os municípios podem criar e ofertar programas locais por meio dos denominados Benefícios Eventuais (BEs) do Suas, assegurados pelo art. 22 da Lei 8.742 de 1993, especificado pelo Ministério da Cidadania da seguinte forma:

Benefícios Eventuais são benefícios da Política de Assistência Social, de caráter complementar e provisório, prestados aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de *calamidade pública* (Brasil, 2021a, grifo nosso).

Os BEs são importantes instrumentos para ampliar a proteção social nos territórios sob responsabilidade dos entes municipais, viabilizando respostas inclusive em contexto de crise sanitária que, conforme Decreto 6 do Congresso Nacional, de 2020, foi reconhecida como estado de calamidade pública em decorrência da pandemia causada pela doença Covid-19 (Brasil, 2020b).

Para o contexto de Osasco, uma cidade de grande porte, localizada em uma área metropolitana onde 1.272 habitantes já foram vítimas da doença, com mais de 54 mil casos confirmados, a oferta de benefícios eventuais torna-se ainda mais relevante (Prefeitura de Osasco, 2021). Entretanto, Osasco não possui os BEs implementados até os dias atuais⁵, sendo o único município da RMSP que ainda não instituiu esse recurso (Tab Social, 2022). A efetivação, contendo critérios de acesso e valores recebidos, segundo o Ministério da Cidadania, deve se dar:

Em conformidade com as alterações promovidas na LOAS pela Lei 2.435, de 2011, a concessão e o valor dos Benefícios Eventuais devem ser definidos pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, com base em critérios e prazos estabelecidos pelos respectivos Conselhos De Assistência Social. (Brasil, 2021a).

Recurso ausente no município de Osasco há quase duas décadas, considerando a promulgação da citada lei, há 19 anos, contribuindo para o processo de precarização da proteção básica e dificultando o objetivo de garantia de direitos e da proteção social no município.

Da mesma maneira, chama-se atenção para outra particularidade de Osasco: que é a gestão do CadÚnico. Criado em 24 de julho de 2001, pelo Decreto

4. Com exceção do CadÚnico que, geralmente, é realizado pelos cadastros nos Cras, exigência para acessar os programas citados.

5. Informação colhida em 7/4/2022.

Presidencial 3.877 de Fernando Henrique Cardoso. O referido recurso não é gestado pela Secretaria de Assistência Social (SAS) do município, como criado para ser, mas sim pela Secretaria de Trabalho, Emprego e Renda (Ster).

A ausência de controle do CadÚnico implica em desafios para toda a política de assistência social do município, com destaque para a proteção básica. Quando as pessoas buscam os Cras, informadas pelos canais estaduais e federais para acesso a seus respectivos programas, não são inseridas no CadÚnico, pois a realização do cadastro se dá por meio dos portais do trabalhador, serviços da Ster, exigindo novo deslocamento da população. Consequentemente, a política municipal de assistência social fica desfalcada de recursos e instrumentos de coleta de informações pertinentes aos objetivos da própria política, pois “[...] através do Cadastro Único os trabalhadores de um CRAS poderiam construir estratégias de ação com base na quantificação das características das famílias que vivem em sua área de abrangência” (Sposati, 2021, p. 192), possibilitando conhecer o território e ampliar as possibilidades de intervenção.

Em um contexto de pandemia, definir áreas prioritárias para atendimento e intervenção poderia ser um diferencial para o enfrentamento das consequências sociais e econômicas da Covid-19. Entretanto, a gestão desse recurso de informação por parte da assistência social, não é uma realidade para a política de Osasco⁶.

Tal cenário se repete para outros recursos que, historicamente, estariam atrelados à oferta no âmbito da política de assistência social, como os programas de proteção alimentar. Em Osasco, existem dois principais programas para esse fim – Cestas Básicas e Kit de Alimentos –, porém nenhum faz parte do Suas em nível municipal.

As cestas básicas, comumente oferecidas pelos Cras no Brasil, são ofertadas em Osasco pelo Fundo Social de Solidariedade (FSS) do município, chefiado pela primeira-dama. O referido espaço não compõe a SAS, estando incorporado ao gabinete do prefeito.

A nomenclatura Fundo Social de Solidariedade associa um serviço público a uma ideia de caridade e solidariedade, e não de um direito ou prestação de serviço pago com recursos públicos – incluindo o pagamento dos salários dos servidores efetivos que atuam nessa unidade. Tal associação remonta ao ideal patrimonialista dos primórdios da assistência social no país, em que o bem público era usado em função do benefício privado, uma vez que, sendo o FSS chefiado pela primeira-dama,

6. A vigilância socioassistencial tem articulado com a Secretaria de Trabalho a fim de obter informações para produzir boletins e relatórios informativos de forma a minimizar o desfalque de informações dos serviços da assistência social municipal.

enquanto cargo institucionalizado, a solidariedade é associada à figura da esposa do prefeito e, conseqüentemente, ao próprio chefe do executivo municipal, conforme exemplificam as Lopes e Grossi:

[...] O nascedouro do primeiro-damismo no Brasil tem uma função política, uma vez que as mulheres dos governantes são chamadas a interferir no social, por meio de estratégias de enfrentamento à pobreza, desresponsabilizando o Estado de garantir à população o acesso a políticas públicas de caráter universal, considerar que a atuação da primeira-dama se dá no âmbito do voluntariado e da filantropia. (Lopes e Grossi, 2019, p. 1)

Outro problema é a duplicidade de fundos orçamentários, com o fundo de solidariedade e o fundo da assistência social existindo simultaneamente, contrapondo-se à concepção de sistema unificado da assistência social e fragmentando a política.

Essa realidade demarca desafios sociopolíticos a serem enfrentados em âmbito municipal, o que, por sua vez, expressa dificuldades materiais e atuais aos usuários dos serviços do Suas. Quando procuram o Cras, mesmo que se enquadrem nos critérios de acesso à cesta básica, precisam se deslocar até o FSS para nova avaliação social, novo cadastro e, possivelmente, acesso aos gêneros alimentícios.

A oferta de *kit* de alimentos, a segunda estratégia municipal de proteção alimentar, também não se vincula à política de assistência social. O serviço, denominado Banco de Alimentos, também se vincula ao gabinete do prefeito e possui a seguinte característica:

O Banco de Alimentos possui diversos parceiros, entre eles o Carrefour, iFood, GPA, Ceagesp, Ação da Cidadania e o Dois Cunhados. Essas empresas doam, diariamente, frutas, verduras, legumes e alimentos não perecíveis em condições adequadas para consumo. Esses itens são direcionados às famílias assistidas pelas entidades nos bairros. (Prefeitura de Osasco, 2020a).

Apesar de ser uma iniciativa importante para a população, a não vinculação às estruturas administrativa, legislativa e material existente, referência para a população, como a assistência social, causa a fragmentação das estratégias de prevenção à violação dos direitos, como o direito à alimentação.

Essa dinâmica de desarticulação que fragmenta e setoriza as demandas sociais é um ranço histórico da política de assistência social brasileira (Pereira e Teixeira, 2013) que, na realidade administrativa de Osasco, vem sendo perpetuado. Na tentativa de minimizar os impactos desse cenário para a população, os Cras se esforçam para criar fluxos de informações e encaminhamentos da população atendida

para que acessem os serviços de proteção alimentar, porém não há garantia de que as famílias receberão os recursos (cestas básicas via FSS ou o *kit* de alimentos no Banco de Alimentos).

Outros programas socioassistenciais disponíveis para Osasco seguem a mesma dinâmica de pulverização da proteção social, rompendo a lógica de sistema único idealizado e normatizado pelo Suas. O Quadro 1 representa os programas e serviços que são ofertados ou contemplam as famílias que residem no município e o respectivo órgão de administração e/ou concessão:

Quadro 1 – Relação entre os programas sociais e seus órgãos gestores

Ação, programa ou serviço	Órgão/instituição de gestão ou concessão
Cadastro Único	Secretaria Municipal de Trabalho, Emprego e Renda
Bolsa Família	Secretaria Municipal de Trabalho, Emprego e Renda
Auxílio Brasil	Secretaria Municipal de Trabalho, Emprego e Renda
Kit de alimentos	Banco de Alimentos – Gabinete do Prefeito
Cestas básicas	Fundo Social de Solidariedade – Gabinete do Prefeito
Centro de Referência da Mulher Vítima de Violência	Secretaria Executiva de Política para Mulheres e Promoção da Diversidade
Bolsa Aluguel	Secretaria Municipal de Habitação
Nosso Futuro	Secretaria Municipal de Assistência Social
Tarifa Social – energia	Empresa privada – Enel
Tarifa Social – água	Empresa de economia mista – Sabesp
Id Jovem	Ministério da Cidadania
Viva Leite	Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social ⁷
SP Acolhe	Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social
BPC	Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)
Centro Dia	Não há.
Benefícios Eventuais	Não há.

Fonte: Elaboração dos autores, com base em www.osasco.sp.gov.br

Como visto no Quadro I, o programa Nosso Futuro, implementado pelo Decreto 13.247 de 2022, é um programa de transferência de renda vinculado à compra de alimentos e, diferente dos outros recursos municipais, está sob administração e supervisão da SAS (Prefeitura de Osasco, 2022). Entretanto, a oferta do programa aconteceu, inicialmente, por meio das escolas municipais; aos Cras

7. A concessão é realizada por cooperativas que sejam vinculadas à Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social, responsável por essa gestão.

cabe apenas a entrega dos cartões nas demais fases do programa. A avaliação para a concessão não passa por profissional da área; o acesso ocorre, unicamente, via CadÚnico, sob critério exclusivamente econômico.

A implementação do Nosso Futuro advém da experiência da política municipal de educação que, devido à quarentena e à suspensão das atividades presenciais nas escolas, inclui a suspensão das atividades presenciais nas escolas e, consequentemente, das refeições (merenda) oferecidas pelos serviços. Com o retorno das atividades presenciais, para continuar ofertando os cartões de alimentação, transferiu-se o programa para a SAS, mantendo o critério da composição da família com crianças ou adolescentes matriculados na rede escolar.

Portanto, interpreta-se que o programa Nosso Futuro não foi pensado para o âmbito da Política de Assistência Social. Isso se evidencia na forma de concessão – da avaliação aos critérios de acesso. A formulação do programa também não acompanha o avanço do debate sobre as políticas sociais, reproduzindo um padrão da década de 1990 (Silva, 2007), em que a política compensatória estava condicionada à participação escolar, restrita apenas para famílias que possuem filhos em uma determinada faixa etária, negando-se o acesso a outras famílias com diferentes composições familiares ou de idade.

A estratégia de política social da década de 1990, na qual Osasco se baseia para a formulação do Nosso Futuro, é considerada pela autora como o segundo momento do processo de formulação de políticas baseadas em transferência de renda no Brasil (ibid.). Para a mencionada pesquisadora, para além da condicionalidade etária e vinculação a uma outra política (educação), os programas desse período também se caracterizam pela restrição no uso do valor oferecido, predominantemente com a alimentação e o programa Nosso Futuro (ibid.).

A restrição do uso dos benefícios pelas famílias é superada no quarto momento, meados de 2001 (ibid.) e esse modelo é generalizado, posteriormente, aos demais programas, como o Bolsa Família (2003). Entretanto, Osasco ainda não chegou nesse período histórico na formulação de sua política, pois, mesmo que o referido programa apresente potencialidade para a proteção das famílias atendidas, suas características remetem ao passado dos programas de transferência de renda no país, digamos, ao “Nosso *Passado*”.

Identifica-se que o Centro de Referência da Mulher Vítima de Violência (CRMVV)⁸ não faz parte dos recursos e serviços da assistência social municipal (Quadro 1). Essa é uma característica recente, pois com a criação da Secretaria

8. Denominado, em outras regiões, de Centro de Referência de Atendimento à Mulher (Cram).

Executiva de Política para Mulheres e Promoção da Diversidade (Semud), vinculada à Secretaria de Governo, serviços e políticas setoriais passam a ser referenciados à Semud. Este propõe-se a identificar e responder às demandas relacionadas a gênero e à sexualidade em suas especificidades, historicamente negligenciadas pelo poder público e não incorporadas às políticas estruturantes, como assistência social, saúde e educação (Quadrado e Ferreira, 2019, Mello et al., 2013, Lionço e Diniz, 2015 e Duarte, 2011).

Esse cenário expressa uma contradição referente ao sistema de garantia de direitos, uma vez que ressalta lacunas das políticas de proteção social. Assim, ao retirar o CRMVV da assistência social e criar uma secretaria específica para essa demanda, em vez de fortalecer a secretaria já existente, a SAS fragiliza a direção unificada do Suas e fragmenta demandas. Contudo, ao criar secretarias para pensar e executar políticas para grupos específicos em vulnerabilidade social e política, com equipe, recursos e estrutura administrativa própria e especializada no assunto, a Prefeitura de Osasco permite um foco para atender às necessidades desse público, mesmo que de forma paliativa, por meio do sistema público intersecretorial baseado em serviços como Ambulatório Trans e instituições de acolhimento (centros ou repúblicas) para a população LBTQIA+ (Ambulatórios, 2021).

Na sequência de nossas análises, é necessário destacar o auxílio emergencial que, também pautado na transferência de renda, sem restrição para o uso do benefício ou condicionalidades para seu seguimento, foi um importante programa temporário e ofertado nacionalmente, contribuindo para a manutenção do cotidiano de famílias que tiveram suas rendas afetadas pela pandemia. Entretanto, trata-se de um programa que desconsidera os serviços da assistência social, mesmo que sob administração do Ministério da Cidadania:

O auxílio emergencial aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República é um benefício para garantir uma renda mínima aos brasileiros em situação mais vulnerável durante a pandemia do Covid-19 (novo coronavírus), já que muitas atividades econômicas foram gravemente afetadas pela crise. (Brasil, 2021b).

Observa-se uma relação do auxílio emergencial com os objetivos da política de assistência social, pois ambos colocam-se na perspectiva da prevenção da vulnerabilidade socioeconômica da população e estipulam como um dos principais grupos de beneficiários a população inserida no CadÚnico – comumente realizado no Cras e gestados pelas secretarias de assistência, com exceção de Osasco/SP.

Chama atenção que a organização do auxílio emergencial não considerou a participação dos municípios e desconsiderou uma possível contribuição dos Cras para a oferta do programa. Não foi viabilizado para os serviços do Suas

instrumentos de solicitação ou acesso à informações dos processos das famílias acompanhadas por essas unidades, a não ser os disponíveis ao público, como o site da Caixa Econômica Federal (CEF) e da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev).

Vale lembrar o estudo da Unifesp (Furtado, 2021) em que os pesquisadores alertaram que o não acesso às informações foi o principal obstáculo das famílias na RMSP para se protegerem dos impactos da Covid-19 (Nasser et al., 2021), demarcando a condição de pulverização dos recursos, serviços e programas socioassistenciais que vem desafiando a proteção social da população brasileira, contexto que se repete no município de Osasco.

Mesmo sem os recursos adequados da proteção social como programas e benefícios, o conjunto de trabalhadores qualificados destes serviços desenvolve estratégias socioeducativas que contribuem para a proteção social da população no âmbito do Suas, ressaltando a importante contribuição e resistência dos servidores públicos efetivos no combate às consequências sociais e econômicas advindas da atual crise sanitária e sentidas pela população.

Ao longo das análises e interpretações aqui realizadas, enfatizam-se os desafios para a construção de uma assistência social organizada sob preceitos de um sistema único em que a *referência* não esteja apenas nos nomes dos Cras e Creas, mas também na formulação e oferta de políticas e programas sociais. Dessa forma, também será uma referência para a população que necessita desses serviços e acompanhamentos, ressaltando o papel fundamental do Suas para a seguridade social brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência social no Brasil, em sua formulação e organização, apresenta potencialidades e avanços históricos na perspectiva da garantia dos direitos da população. Expressão disso é o seu reconhecimento legislativo enquanto política essencial no combate às consequências sociais da crise sanitária causada pela Covid-19.

Entretanto, contraditoriamente a esse reconhecimento, o Suas não obteve os devidos investimento e planejamento para acompanhar a crescente e acentuada demanda da sociedade – seja nos âmbitos federal, estadual ou municipal. A realidade de Osasco revela perspectivas históricas e, ao mesmo tempo, contemporâneas da assistência social no Brasil: a imbricação do patrimonialismo com as perspectivas de Estado mínimo para o âmbito social é observada na secundarização

da assistência social e na formulação das políticas que apresentam características adversas à perspectiva de direito, fragmentadas, sem acompanhar os avanços das discussões sobre políticas sociais.

Interpreta-se que os desafios postos à política de assistência social no Brasil, em particular no município de Osasco, antecedem à pandemia. À medida que as desigualdades e vulnerabilidades se acentuam e se desvelam, as instituições sociais do Estado passam a ser exigidas. É quando desnudam-se seus limites e fragilidades advindos de um processo histórico de sucateamento do sistema de garantia de direitos.

Como resultados, a exemplo de Osasco, tem-se o esvaziamento da SAS e a pulverização dos serviços socioassistenciais, violando a perspectiva de um sistema único baseado em serviços referenciados, desencadeando uma sobrecarga nos profissionais desses equipamentos, com destaque à proteção básica. Sem sistemas de informações e recursos próprios, precisa articular e criar diferentes estratégias, em uma rede fragmentada, para atender à crescente demanda de prevenção à violação dos direitos da população em um contexto de crise social e sanitária.

Para reverter esse cenário, a mobilização e participação política da população é essencial para pressionar as agendas governamentais de forma que o reconhecimento do sistema de garantia de direitos ultrapasse a esfera normativa e se concretize no cotidiano das famílias. É necessário superar velhos conceitos, que não cabem mais nas políticas sociais contemporâneas para que as necessidades sociais da população sejam prioritárias no planejamento da gestão pública.

REFERÊNCIAS

- AMBULATÓRIOS estaduais de saúde trans e centros de acolhimento LGBTQIA+ (2021). Disponível em: <<https://www.saudelgbtqia.com/assistenciaestadual>>.
- ANTUNES, R. (2018). *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo, Boitempo.
- BARBOSA, A. L. N. H., COSTA, J. S. e HECKSHER, M. (2020). Mercado de trabalho e pandemia da Covid-19: ampliação de desigualdades existentes. *Mercado de Trabalho: conjuntura e análise*, n. 69, Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10186/1/bmt_69_mercdetrabalho.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2021.
- BEHRING, E. R. (2021). *Fundo público, valor e política social*. São Paulo, Cortez.
- BICHIR, R. (2016). Novas agendas, novos desafios e reflexões sobre as relações entre transferência de renda e assistência social no Brasil. *Novos estudos Cebrap*, São Paulo, v. 35, n. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002016000100006>. Acesso em: 12 jul. 2021.

- BOSCHETTI, Ivanete (2020). *Políticas Sociais na Quarentena*. Disponível em: <https://youtu.be/ugFyvBHWoII>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- BOSCHETTI, I. e BEHRING, E. R. (2021). Assistência social na pandemia da Covid-19: proteção para quem? *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 140.
- BRASIL (1993). Lei 8.742, de 7 de dezembro. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: p. 18769, 8 dez.
- ____ (2001). Decreto 3.877, de 24 de julho. Institui o Cadastramento Único para Programas Sociais do Governo Federal. *Diário Oficial da União*: seção 1, p. 68, 25 jul.
- ____ (2004). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília, MDS.
- ____ (2011). *Lei 12.435, de 6 de julho de 2011*. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em 29 nov. 2021.
- ____ (2013). Ministério da Cidadania. *Orientações Técnicas da Vigilância socioassistencial*. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_Vigilancia.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.
- ____ (2016). Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 16 dez.
- ____ (2020a). Lei 13.982, de 2 de abril. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, Edição Extra – A, p. 1, 2 abr.
- ____ (2020b). Decreto Legislativo 6. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. *Diário Oficial da União*: n. 55-C, col. 1, p. 1 Edição Extra, 20 mar.
- ____ (2021). Ministério da Cidadania. *Tab Social: tabulador de microdados*. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/simulacao/tabsuas/tab.php?q=cras&a=2018>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- CALIL, G. G. (2021). A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. *Serviço Social e Sociedade*, n. 140.

- CORONAVÍRUS BRASIL. *Covid19: painel coronavírus*. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br>>. Acesso em: 8 abr. 2022.
- DUARTE, M. H. de O. (2011). Diversidade sexual e política nacional de saúde mental: contribuições pertinentes dos sujeitos insistentes. *Revista em Pauta*, n. 28. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/2935>>. Acesso em: 8 abr. 2022.
- DWECK, E., OLIVEIRA, A. L. M. de e ROSSI, P. (2018). *Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil*. São Paulo, Brasil Debate/Fundação Friedrich Ebert, v. 1. Disponível em: <<https://pedrorossi.org/austeridade-e-retrocesso-impactos-sociais-da-politica-fiscal-no-brasil/>>. Acesso em: 30 nov. 2021.
- FURTADO, L. A. C. (coord). (2021). *Pesquisa desigualdades e vulnerabilidades na epidemia de COVID-19: monitoramento, análise e recomendações*. São Paulo, Unifesp/Fundação Tide Setúbal, 2021.
- GLOBOPLAY (2020). *Agglomerações e filas continuam no Cras de Juazeiro, norte da Bahia*. Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/9126600/>>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- ____ (2021a). *Pessoas aglomeram em fila do Cras em São Cristóvão*. Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/9592195/>>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- ____ (2021b). *Moradores recorrem ao MP para agilizar atendimento nos Cras*. Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/9399413/>>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- GUIMARÃES, K. C. e PINHEIRO, S. S. M. (2021). O desgoverno Bolsonaro e o novo coronavírus: uma análise preliminar sobre o impacto social dessa combinação no Brasil. *Serviço Social em Perspectiva*. Montes Claros, v. 5, n. 1, jan./jun.
- GURGEL, Claudio; SOUZA FILHO, Rodrigo (2017). *Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica*. São Paulo, Cortez.
- IAMAMOTO, M. V. O. (2009). *Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 5 ed. São Paulo, Cortez.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2021). *Cidades e Estados*. Rio de Janeiro, IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/osasco.html>>. Acesso em: 26 ago. 2017.
- LEVY, Y. e ELLIS, T. J. (2006). A system approach to conduct an effective literature review in support of information systems research. *Informing Science Journal*, v. 9.
- LIONÇO, T. e DINIZ, D. (2015). Homofobia, silêncio e naturalização: por uma narrativa da diversidade sexual. *Psicologia Política*, ano 8, n. 6. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/131963>>. Acesso em: 8 abr. 2022.
- LOPES, C. B. e GROSSI, F. R. S. (2019). O primeiro damismo na assistência social: uma análise crítica. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA FASB, 17, Barreiras. *Anais eletrônico...* Barreiras. Disponível em: <<http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/cic/article/view/482>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

- LOPES, M. H. C. (2006). O tempo do Suas. *Revista Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, Cortez, n. 88.
- MARTIM, S. R. (2006). *A escola secundária e a cidade: Osasco, anos 1950/1960*. Tese de doutoramento em Educação: História, Política e Sociedade. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/10525/1/Tese%20protegida.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- MELLO, L. et al. (2013). Políticas públicas de trabalho, assistência social e previdência social para a população LGBT no Brasil: sobre desejos, realizações e impasses. *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza, v. 44, n. 1 . Disponível em: <<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/9113>>. Acesso em: 8 abr. 2022.
- MESTRINER, M. L. (2001). *O estado entre a filantropia e a assistência social*. São Paulo, Cortez.
- MINISTÉRIO DA CIDADANIA (2021a). Panorama Nacional sobre os Benefícios Eventuais. *Portal Oficial*. Brasil. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Folders/beneficios_eventuais.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- ____ (2021b). O que é o auxílio emergencial? *Portal Oficial*. Brasil. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/auxilio-emergencial>>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- MOURA, A. de (2015). *Movimento operário e sindicalismo em Osasco, São Paulo e ABC paulista: rupturas e continuidades*. Tese de doutoramento em Ciências Sociais. São Paulo, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/135966>>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- MUNIZ, E. (2006). Suas e os serviços socioassistenciais. *Revista Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 88.
- NASSER, M. A. et al. (2021). Vulnerabilidade e resposta social à pandemia de Covid-19 em territórios metropolitanos de São Paulo e da Baixada Santista, SP, Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210125>>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- PEREIRA, Potyara Amazoneida P. (2008). “Política de Assistência Social no Brasil”. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (orgs). *Política Social e Democracia*. 4 ed. São Paulo, Cortez.
- PEREIRA, K. Y. de L. e TEIXEIRA, S. M. (2013). Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. *Textos & Contextos*, Porto Alegre. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527373009.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2022.

- PREFEITURA DE OSASCO (2020a). Banco de alimentos realiza encontros para discutir desperdício de alimentos. *Portal Oficial*. Osasco/SP, 2020. Disponível em: <<http://osasco.sp.gov.br/banco-de-alimentos-realiza-encontros-para-discutir-desperdicio-de-alimentos/>>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- _____. (2020b). *Análise dos casos em vulnerabilidade social no CadÚnico*. Osasco, 2020. Disponível em: <https://osasco.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/2020_anlise-dos-casos-em-vulnerabilidade-social.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- _____. (2022). *Decreto 13.247, de 3 de fevereiro*. Regulamenta a Lei 5.157, de 15 de dezembro de 2021, que cria o Programa Nosso Futuro. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/sp/o/osasco/decreto/2022/1325/13247/decreto-n-13247-2022-regulamenta-a-lei-n-5157-de-15-de-dezembro-de-2021-que-cria-o-programa-nosso-futuro?r=p>>. Acesso em: 8 abr. 2022.
- QUADRADO, J. C. e FERREIRA, E. da S. (2019). Os (des)caminhos da política pública de assistência social no atendimento à população LGBT. *Humanidades e Inovação*, n. 17, v. 6. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1773>>. Acesso em: 8 abr. 2022.
- RAICHELIS, R. e ARREGUI, C. C. (2021). O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 140.
- SANTOS, E. H. M. e OLIVEIRA, A. F. P. (2021). A proteção social básica e a pandemia da Covid-19: o contexto do município de Osasco/SP. In: JORNADA DE POLÍTICAS, 10. *Anais...* São Luis, UFMA. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_861_8616127f1e9278d4.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- SÃO PAULO (Estado). (2021). Decreto 65.866, de 14 de julho. Altera o Decreto nº 65.812, de 23 de junho de 2021, que regulamenta o Programa Bolsa do Povo, criado pela Lei nº 17.372, de 26 de maio de 2021, e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*: São Paulo, seção 1, v. 131, n. 130, p. 1, 7 jul.
- SILVA, M. O. da S. (2007). O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. *Ciências da Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 6, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/9bwbjBR9h4GtvChD-NTZhdMH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 7 abr. 2022.
- SPOSATI, A. O. (2006). O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. *Revista Serviço Social & Sociedade* n. 87.
- _____. (2021). Cadastro Único: identidade, teste de meios, direito de cidadania. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 141, maio/ago. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/Dcjh9Rm4NnW5HHvWbXXbHNM/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- YAZBEK, M. C. (2008). Estado e políticas sociais. *Praia Vermelha*. Rio de Janeiro, v. 18.

POLÍTICAS SOCIAIS NA VELHICE: UM CENÁRIO DE DISPUTAS PELA PROTEÇÃO INTEGRAL

Denise Aparecida Francisco¹

INTRODUÇÃO

Este artigo² tem a finalidade de discutir o alcance das políticas sociais, a partir das disputas econômicas pela riqueza socialmente construída, que ocorrem no âmbito da Seguridade social. Como elemento-chave para o alcance da proteção integral pelos sujeitos idosos, pauta-se a velhice e o processo de envelhecimento da classe trabalhadora como aspectos essenciais da questão social. Assim, o envelhecimento, na agenda pública brasileira, perpassa contradições na constituição de um sistema de proteção social a pessoas idosas, já que elas transitam nas diversas políticas sociais sem o trato efetivo de atenções sólidas, integradas e propulsoras de um verdadeiro patamar emancipatório.

Entre o velho e novo sujeito, a ordem econômica e social continua sendo regida pelo capital. Como é sabido, o desenho das políticas sociais, na atualidade, perpassa os processos massificados de envelhecimento da população brasileira, mas estão longe de provocar mudanças profundas na sociabilidade do capital³.

-
1. Assistente social na Secretaria de Assistência Social da Prefeitura de Vinhedo/SP. Especialista em Gerontologia pela Universidade Nove de Julho (Uninove). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PPGSSO/PUC-SP). deniseapfrancisco@yahoo.com.br
 2. O conteúdo discutido neste artigo constitui-se de extratos da pesquisa de mestrado da autora, com o título *Quem dá as cartas meu velho? Um estudo sobre a proteção social na velhice*.
 3. Os estudos de Teixeira (2008, p. 222) externam que na política social, existe uma retórica da valorização social dos idosos, da ocupação do seu tempo livre, com relações e atividades saudáveis mascarando as tendências de controle social do tempo de vida do trabalhador, mesmo na pretensa inatividade, levando-os muitas vezes à autorresponsabilização pelo envelhecimento saudável, produtivo e ativo.

Assim, os processos de envelhecimento, enquanto expressão da questão social⁴, representam um fenômeno que merece estudos e atenções específicas das políticas sociais.

Para introduzir essa temática, é imprescindível reconhecer que na lógica perversa do ideário capitalista redefine-se a qualquer tempo o sentido de “utilidade” das coisas, das relações e até das pessoas, conformando-a, muitas vezes, como marcas do que é rentável e lucrativo, “[...] lógica na qual os seres humanos devem ajustar-se, provando sua viabilidade produtiva, ou perecer, caso não consigam se adaptar”. (Teixeira, 2008, p. 56). Assim, tudo se converte em processos materiais de produção e reprodução das desigualdades sociais, inclusive as relativas ao envelhecimento do trabalhador, constituindo determinantes fundamentais para entender o lugar que perpetua a desigualdade.

Nesse processo, nos termos da autora, o tempo de envelhecer para o capital instaura uma relação coisificada na sociedade, que reduz a força de trabalho à condição que os sujeitos possuem de materializar sua produção, ou seja, se não gerar valor em termos de riquezas, objetivando a valorização do capital, gerará desvalorização das qualidades e necessidades humanas, perpetuando a pobreza e a discriminação do velho, denotando-o “improdutivo para o capital”, um ser desgastado e envelhecido.

As transformações do envelhecimento não se devem somente ao declínio biológico dos indivíduos ou ao crescimento demográfico, mas também às condições precárias dos trabalhadores envelhecidos, que tiveram seu valor de uso para o capital desprezado. Trata-se de demarcar que a velhice digna, em geral, será determinada pela condição de classe, mesmo que haja diferenciações das velhices individuais como a condição de saúde física e mental, redes de apoio familiar e outras redes.

Beauvoir menciona que:

[...] tanto ao longo da história, como hoje em dia, a luta de classes determina a maneira pela qual o homem é surpreendido pela velhice; um abismo separa o velho escravo e o velho eupátrida, um antigo operário que vive de pensão miserável e um Onassis [...] mas são duas categorias de velhos (uma extremamente vasta e a outra reduzida a uma pequena minoria) que a oposição

4. Segundo Silva (2016, p. 5), na realidade brasileira, o processo de envelhecimento se apresenta como expressão da questão social num contexto de modernização do Estado e da economia, revelando cisões e fraturas do modelo de desenvolvimento capitalista, que aprofunda desigualdades e concentra privilégios.

entre exploradores e explorados cria. Qualquer afirmação que pretenda referir-se à velhice em geral deve ser rejeitada porque tende a mascarar este hiato. (Beauvoir apud Teixeira, 2008, p. 77).

Para além deste aspecto, a multiplicidade de expressões da questão social se alarga, refletindo-se também na disputa pelos espaços socialmente construídos. Segundo Silva A. (2016, p. 102):

A sociedade contemporânea em que prevalecem os capitais e a lógica do mercado, sob a égide de valores como competitividade, status social decorrente de patrimônio e diferenciação pelos hábitos de consumo, o velho é concebido, de modo geral, em oposição ao jovem.

Podemos refletir que as iniciativas de mercado para os velhos corroboram um caminho distante da igualdade de direitos não somente entre classes, mas também entre gerações. Beauvoir (2018), acrescenta que os jovens sabem que a sociedade somente se preocupa com o indivíduo na medida em que ele é lucrativo. Os jovens anseiam por entrar na vida social, o que coincide com a angústia dos idosos, excluídos dela. Fecha-se, desta forma, um ciclo perverso de produção e reprodução das desigualdades sociais.

É neste cenário que a política social se instala como aparato estatal de proteção, mesmo estando sob a lógica neodesenvolvimentista⁵, mas com um desenho propositor de atendimento às necessidades sociais no âmbito da reprodução e redistribuição da riqueza social construída:

[...] a política social está em permanente contradição com a política econômica, uma vez que aquela confere primazia às necessidades sociais, enquanto esta tem como objeto central os mecanismos para assegurar a rentabilidade dos negócios na economia de mercado. (Silva A., 2016, p. 47)

Neste contexto, é assinalado o antagonismo predominante entre os interesses do capital e da classe trabalhadora, já que “[...] é possível dizer que as políticas sociais não devem ser antieconômicas, mas é frequente que as políticas econômicas

5. Conceito trabalhado por Silva (2016), que trata do modelo de desenvolvimento social no Brasil no período de 2003 a 2010. Na ótica do autor, os defensores deste sistema pautavam um modelo de Estado de Desenvolvimento Social e ambientalmente sustentável, contudo, persiste a estrutural desigualdade de renda por meio de políticas que privilegiam o capital.

sejam antissociais”. (ibid.). Desta forma, na arena de lutas pela riqueza socialmente construída, as políticas sociais são chamadas a buscar formas “compensatórias” destinadas a mitigar os efeitos nocivos das políticas econômicas (ibid.).

É neste cenário, que as políticas sociais relacionadas à velhice cumprem o papel de ofertar respostas às diversas manifestações da questão social, buscando integrar o sujeito velho na sociedade, mesmo que a intenção seja transformá-lo em um “novo sujeito” para a produção e o consumo na sociedade capitalista. Veremos, neste artigo, como as políticas sociais, que constituem um campo de responsabilidade estatal, cumprem seu objetivo de proteção integral ao sujeito na velhice.

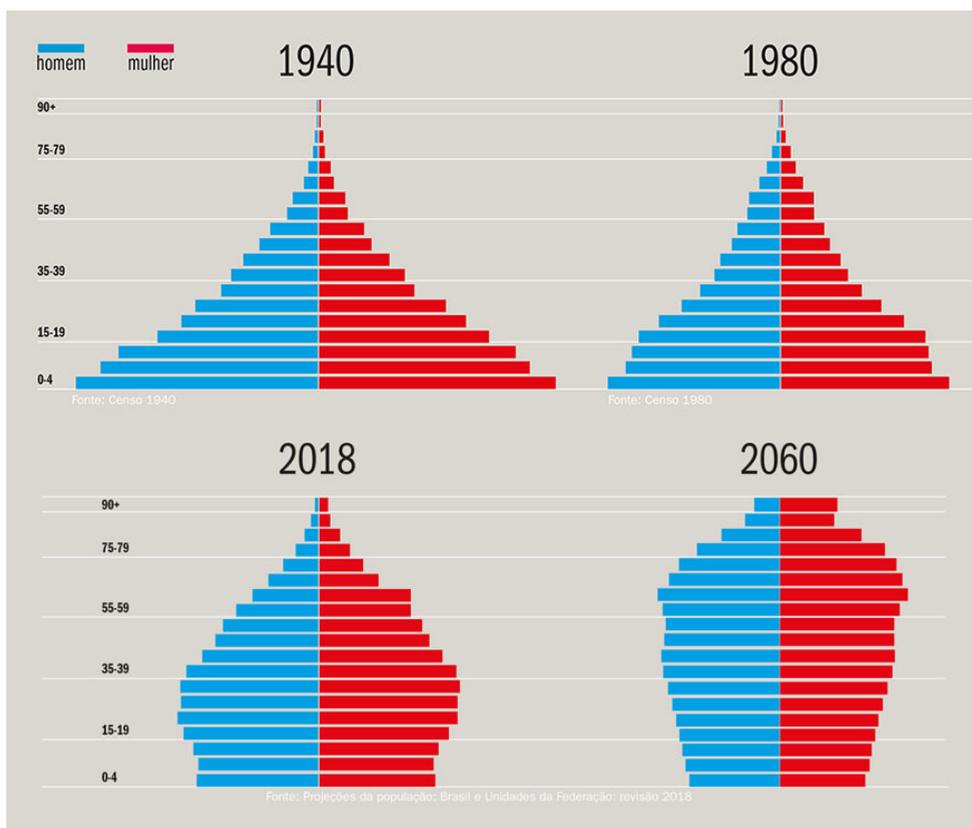
PANORAMA DEMOGRÁFICO E SOCIAL NO BRASIL

Considerando o recorte etário nacional preconizado pela Política Nacional do Idoso (PNI)⁶ e pelo Estatuto do Idoso⁷, as pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, denotam atenções múltiplas do universo de proteção social cada vez mais intensas e estreitas, a partir dos elementos organicamente articulados das marcas da produção e reprodução das desigualdades sociais.

Segundo estudos de projeção da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualizados em 2018, o Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população. Tal percentual tende a dobrar nas próximas décadas, já que o “índice de envelhecimento”, que dispõe sobre a relação entre a porcentagem de pessoas idosas e de jovens, deve aumentar de 43,19% em 2018 para 173,47%, em 2060 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018). Os estudos demonstram a pirâmide etária e o processo de envelhecimento ao longo dos anos, apresentando tendências de estreitamento da base, exceto crianças e jovens; alargamento do corpo, adultos; topo, pessoas idosas. (Gráfico 1).

6. Lei 8.842, de 4/1/94: “[...] dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Seu objetivo trata de assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. (Brasil, 1994).

7. Lei 10.741, de 1/10/2003: “[...] dispõe sobre o Estatuto do Idoso e suas providências”. Destaca que “[...] deverão ser igualmente oferecidos aos idosos todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata a lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade”. (Brasil, 2003, Art. 2º).



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.

Gráfico 1 – Perfil Etário da População Brasileira

Esse fenômeno possui fatores intrínsecos que relacionam a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, além de melhorias das condições de sobrevivência proporcionadas pelos avanços tecnológicos, dispondo, assim, de um rol de possibilidades para um envelhecimento com características longevas. Todavia, as implicações da questão social no envelhecimento tendem a associar a figura do velho ao desgaste, à improdutividade ou mesmo à incapacidade, mesmo considerando que a expectativa de vida no Brasil tenha sofrido acréscimos significativos. Os cenários de manifestação da “cultura anti-idoso”⁸ são os mais diversos e demonstram vivências que perpassam aspectos econômicos, sociais e afetivos imbricados no campo de intervenções das políticas sociais.

8. Termo utilizado por Silva A. (2016, p. 102): “Há uma cultura anti-idoso que privilegia a juventude e tudo o que se associa a ela: vigor, tônus muscular e performance sexual, segundo os padrões estéticos

Tal realidade se manifesta, por exemplo: nas aposentadorias tardias com achatamento salarial e gozo de pensões reduzidas⁹, deixando os dependentes desprotegidos economicamente, já que não possuem aposentadoria própria; na condição etária de 65 anos para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), diferente no recorte etário do Estatuto do Idoso, bem como seu recorte de renda¹⁰, limitando o acesso dos sujeitos velhos à renda mínima para sobrevivência, pois veda as possibilidades de sua autonomia individual; nos ataques assediadores de bancos e financeiras aos aposentados e pensionistas, com propostas sedutoras de empréstimos descontados diretamente de sua folha de pagamento do INSS, retratando o trabalhador envelhecido à margem da proteção integral, com rendimentos insuficientes para uma vida digna.

Entre os aspectos sociais, há uma identidade no pós-aposentadoria que revela o trabalhador desprovido do seu lugar de vendedor de força de trabalho para aquele que aguarda a ressignificação do seu tempo, trazendo consigo o desvelar da ideologia da velhice¹¹ e sua interseccionalidade¹², como ocorre por exemplo com o fenômeno da velhice feminina, acentuando os processos de desigualdade entre raça e classe social.

Segundo Silva (2016, p. 103), “[...] o velho reconhecido como eleitor ativo representa também campo de interesse de diversos políticos”, haja vista o cenário de ascensão do protagonismo dos idosos em serviços públicos que desenvolvem atividades coletivas, como Centros de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

dominantes. Prevalece um tipo de pensamento que desqualifica e descredencia o idoso para o convívio social com aqueles que são fisicamente mais ágeis e que se presumem mentalmente mais espertos”.

9. A Emenda Constitucional n. 103, de 13/11/2019, coloca o trabalhador em uma condição de gozo do direito ao seguro social tardiamente, pois aumenta a idade e o tempo de contribuição, dispondo de novas formas de cálculo para os benefícios por sistemas de pontos (Brasil, 2019b).
10. O BPC é um benefício para pessoas idosas e pessoas com deficiência, disposto na Lei Orgânica de Assistência Social (Brasil, 1993) e em suas alterações pela Lei “Suas” n. 12.435 (Brasil, 2011). Atualmente, entre os critérios para acesso ao BPC, além do quesito idade, determina-se renda per capita de $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo por pessoa na família.
11. Os estudos de Haddad (2016) retratam o envelhecimento e a velhice numa perspectiva de totalidade social, desvelando as receitas de longevidade e demarcando os efeitos da sociabilidade do capital nas carreiras que os velhos construíram entre os estreitos limites ditados pela condição de subalternidade.
12. Segundo Bidge, a interseccionalidade remete a uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Ela refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social que são as categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual. O enfoque interseccional vai além do simples reconhecimento da multiplicidade dos sistemas de opressão que opera a partir dessas categorias e marca sua interação na produção e na reprodução das desigualdades sociais. (Bidge apud Hirata, 2014, p. 63).

(SCFV) e Centros de Referência do Idoso (CRI). Contudo, incorrer por este viés é tornar a política pública base para o clientelismo e o chamado “curral eleitoral”, o que incide em retrocessos graves para a conquista de direitos.

Os aspectos afetivos possuem lugar de grande destaque no universo precário do cuidado e do autocuidado, das relações de afeto fragilizadas ou rompidas, muitas vezes regadas pela violência intrafamiliar¹³. Observa-se a tendência de relações mercadorizadas na família, com idosos chefes e provedores, os quais são muitas vezes explorados nesta condição pela prole; outros que são dependentes economicamente permanecem confinados e segregados nos espaços privados da família, denotando a discriminação ou seguem apartados em instituições de longa permanência.

Tais manifestações convergem para uma sociabilidade na velhice que requer urgência de políticas sociais com planejamentos específicos para enfrentá-las. O processo de envelhecimento, inevitável à condição humana, requer atenção do Estado para que haja o reconhecimento da necessidade de uma velhice digna em patamares emancipatórios, repelindo iniciativas de caráter paternalista, clientelista e descontinuadas, o que colocaria os velhos em condições subalternizadas e distantes do trato devido das suas necessidades sociais.

O ESTADO E AS POLÍTICAS SOCIAIS NA VELHICE

A questão central deste artigo se constrói em torno da maneira como o Estado responde às diferentes manifestações da questão social imbricadas à velhice. Os mecanismos estatais dispostos em legislação são vastos e constroem uma lógica de proteção integral para a velhice. A partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasil/1988), o Brasil passa a ter a perspectiva da construção de padrão público e universal de proteção social, com a presença da proteção à velhice vertida, no documento, como princípio da dignidade humana:

De forma generalizada a Constituição Federal brasileira de 1988 no artigo 1º, inciso III, apresenta o fundamento da dignidade da pessoa humana. Já no artigo 3º, estipula que um dos objetivos fundamentais da República é o de promover o bem de todos, **sem preconceito ou discriminação em face da**

13. O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MDH) revelou que, no ano de 2018, o Disque 100 registrou aumento de 13% no número de denúncias sobre violência contra idosos em relação ao ano anterior. O serviço de atendimento recebeu 37.454 notificações, sendo a maioria das agressões cometida nas residências das vítimas (85,6%), por filhos (52,9%) e netos (7,8%) (Brasil, 2019a).

idade do cidadão. O texto constitucional afirma, também, que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são fundamentos do Estado Democrático de Direito. (Cielo e Vaz, 2009, p. 33, grifos nossos)

Pela mesma vertente, a CRFB/88 institui em seu artigo 195, a Seguridade social, um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos sociais relativos à saúde, previdência e assistência social, com princípios que orientam a operacionalização de atenções integradas, universais, igualitárias, democráticas e descentralizadas que, segundo Behring e Boschetti (2008), significaram um dos mais importantes avanços da política social brasileira, com possibilidades de estruturação futura de um amplo sistema de proteção social.

De fato, a regulamentação ocorreu com a publicação das leis da Seguridade social: iniciando pelo escopo da própria – Lei Orgânica da Seguridade Social – Loss (1991a), Lei dos Planos de Benefícios da Previdência Social (1991b); Lei Orgânica da Assistência Social – Loas (1993) e Lei Orgânica da Saúde – LOS (1990), todas com alterações posteriores, bem como seus respectivos sistemas, SUS – Sistema Único de Saúde (1990) e Sistema Único de Assistência Social – Suas (2011).

As normativas citadas abarcam todas as fases da vida; algumas, mais específicas denotam proteção social à velhice, como é o caso da Loas que, em seu artigo 2º quando dispõe sobre a garantia à vida, a prevenção de danos e à incidência de risco, bem como dispõe sobre a oferta do Benefício de Prestação Continuada (BPC), existindo outras inúmeras inserções dos direitos sociais na velhice. Silva (2016, p. 101) faz uma rica sinopse da legislação brasileira, tanto no aspecto básico com políticas e estatutos como em resumo das deliberações dos diferentes movimentos da sociedade civil para com a temática, o que significa uma verdadeira conquista social brasileira.

Porém, existe uma contradição no interior do movimento de visibilidade pública do envelhecimento que reforça a cultura privatista no trato da questão social, gerando uma onda com tendências conservadoras nos planos econômico e social – movimento extremamente presente nas políticas sociais, que se acentua nas atenções para a velhice.

Se analisarmos a política social a partir das bases do movimento do capital e suas determinações na produção e reprodução das desigualdades sociais, encontramos:

[...] práticas que fundamentam uma rearticulação entre o “público” e o “privado” na provisão de serviços sociais e que para se efetivar com chances de êxito – tanto para o avanço do mercado como provedor de bens e serviços,

como para a restrição da ação estatal – requer a responsabilização dos sujeitos envelhecidos pelos seus problemas e na solução destes. (Teixeira, 2008, p. 115)

Destarte, há uma defesa ideológica do “mix” público e privado no âmbito da proteção social contemporânea. A ação compartilhada entre Estado, mercado e sociedade mascara os interesses socialmente construídos, deixando o Estado de ser o agente principal do processo de provisão direta de bens e serviços essenciais, devolvendo os encargos à sociedade, restringindo direitos, retomando a solidariedade primária, voltando a enfatizar a família como lócus da proteção social, desmontando todos os direitos sociais construídos em nome da divisão de responsabilidades e do bem-estar comum (Castro, 2017).

Essa dimensão nos direciona para os debates insuficientes e desiguais no campo das políticas sociais de Seguridade social. Segundo a lógica do capital, as políticas econômicas atuam massivamente em detrimento da vida e da distribuição da riqueza socialmente produzida. Alvo de ataques pelo capital em crise, o fundo público¹⁴ tem sofrido apropriação de seus recursos, como no caso da “PEC da Morte” (Emenda Constitucional 95/2016), que congela os investimentos em políticas sociais por 20 anos¹⁵. Se as tendências populacionais são de massificação da velhice, como o Estado brasileiro irá garantir a proteção social devida à classe trabalhadora que envelheceu? Behring (2021, p. 193), reforça: “[...] como não elevar despesas obrigatórias com o crescimento da população, especialmente da população idosa?”

14. Nos termos de Salvador (2010b, p. 607), “[...] o fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras etc. A expressão mais visível do fundo público é o orçamento estatal. No Brasil, os recursos do orçamento do Estado são expressos na Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada pelo Congresso Nacional.”

15. A EC 95/2016, do Governo de Michel Temer, estabelece um novo regime fiscal, instituindo uma regra para as despesas primárias do Governo Federal com duração para 20 anos e possibilidade de revisão – restrita ao índice de correção – em 10 anos (Brasil, 2016).

Assim, o novo regime fiscal imposto pela EC 95/2016 traz o enrijecimento do Estado. A resposta para tal indagação está no contexto das atenções em mínimos sociais, que se agravam devido à atual “cultura da austeridade¹⁶” introjetada pelo controle rígido do gasto público para alcançar a retórica confiança de investidores¹⁷.

Pautada por contrarreformas, a Previdência social no Brasil demarca o “[...] confisco para os trabalhadores e a ‘tranquilidade’ para o mercado”, como compreende Silva (2018, pp. 245, 259). O autor ressalta: como é o trabalhador que paga a conta, o impacto das reformas significou ter que “[...] trabalhar por mais tempo, aposentar-se mais velho, pagar mais pelo benefício e receber menos.” (ibid.).

Na trilha da política neoliberal, os velhos podem trabalhar até morrer ou viver com um salário-mínimo (aposentadoria por idade ou BPC), como já acontece no Brasil. Para aqueles que tiveram suas aposentadorias achatadas ou vislumbram reposições, na medida do possível, optam pela previdência complementar, uma forma de seguro privado que corrobora o Estado mínimo e a individualização da proteção social pelo regime de capitalização.

Parece, então, ser decisão do sujeito velho o modo escolhido para envelhecer: tomar uma taça de vinho por dia para ter mais saúde, participar de corais, viajar com grupos da mesma faixa etária, ter atividades físicas regulares e dietas balanceadas. Tais atividades encontram-se em um rol almejado por muitos, mas de acesso para poucos. A classe trabalhadora envelhecida possui uma trajetória de não acessos a essas atividades e precisa continuar a trabalhar para sobreviver, tendo o seu tempo duplamente expropriado pelo capital. Nesse sentido, a pseudovalorização do velho cresce no interior das políticas sociais. Napolitano, Pádua e Valle (apud Faleiros, 2017), mencionam o caso da Revista Exame, de janeiro de 2017, que pontuou o debate da Reforma da previdência, comparando o ícone Mick Jagger e outros

16. Austeridade é uma política econômica voltada para momentos de crise. Ela impõe a redução dos gastos ou aumento de impostos como “remédio” para a crise. Contudo, os autores apontam que a ideia de austeridade, mais do que uma política de ajuste temporária, é um projeto neoliberal de longo prazo, ao passo que se libera a apropriação do fundo público pelo capital portador de juros. (Rossi et al., 2019).

17. Rossi et al. (2019, p. 7) explicam que um ajuste fiscal não necessariamente melhora a confiança de investidores. “Um empresário não investe porque o governo faz ajuste fiscal, e sim quando há demanda por seus produtos e perspectivas de lucro. Nesse ponto, a contração do gasto público em momentos de crise não aumenta a demanda, ao contrário, essa contração reduz a demanda no sistema. Em uma grave crise econômica, quando todos os elementos da demanda privada (o consumo das famílias, o investimento e a demanda externa) estão desacelerando, se o governo contrair a demanda pública, a crise se agrava.”

empresários como exemplos de pessoas idosas que possuem vida ativa no universo do trabalho, sendo possível permanecer nesta condição até a morte. O autor utiliza a expressão “deboche” da condição dos trabalhadores envelhecidos.

Em face da ausência estatal de capacidade de proteção integral, a sociedade cultiva e apoia a busca de alternativas no âmbito privado para a resolução objetiva da provisão de meios para a sobrevivência. Idosos também entram em embates sobre seu futuro. São muitas as falas conservadoras e liberais: “Os idosos podem trabalhar ainda. Podem arrumar um trabalho autônomo e ocupar seu tempo”. Segundo Faleiros (2017, p. 16), o trabalho autônomo se distingue muito bem do trabalho expropriado de milhões de pessoas da classe operária pela classe dominante. O trabalho gratificante e autônomo na velhice é uma condição advinda da profissionalização pequeno-burguesa, de altos salários nas empresas ou cargos públicos. O filme americano *Um senhor estagiário* (2015) retrata este universo destinado para poucos no qual o personagem, ao final do filme, após irritar-se com o trabalho, abandona-o e diz que irá fazer “yoga”.

Além da Previdência social, a lógica da mercantilização está presente na política de saúde, sendo a intervenção do Estado cada vez mais residual perante o crescimento de planos privados de saúde no Brasil. Mediante a Seguridade social, deveriam ser oferecidos de forma complementar às atenções públicas, mas evidenciamos uma democracia sem equidade: com o sucateamento do SUS, advindo do confisco de orçamento e das terceirizações dos serviços, a abertura do campo do seguro saúde torna-se intencional pelo capital e o mercado favorecendo interesses do setor privado.

No caso dos usuários envelhecidos, a utilização da rede pública de saúde é considerada significativa¹⁸. O processo massivo de mercadorização da saúde pode acarretar consequências estrondosas, já que somente aqueles que têm poder financeiro para acessos privados poderão gozar de uma cobertura de saúde alargada. Mais uma vez, o Estado responsabiliza os indivíduos pelo direito à vida.

Não obstante, em recente embate político, o BPC foi pauta no Congresso Nacional para que pudesse ser aprovado o alargamento do acesso ao direito por

18. O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (Elsi Brasil), publicado em 2018, apontou que 75,3% dos idosos dependem exclusivamente dos serviços prestados no SUS, sendo que 83,1% realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses. Nesse período, foram identificados 10,2% de idosos hospitalizados uma ou mais vezes. Quase 40% deles possuem uma doença crônica; 29,8% possuem duas ou mais – como diabetes, hipertensão ou artrite. Ou seja, ao todo, cerca de 70% dos idosos possuem alguma doença crônica (Brasil, 2018).

meio dos critérios de renda *per capita* de $\frac{1}{4}$ para $\frac{1}{2}$ salário mínimo. A proposta de alteração foi vetada pelo atual presidente da República sob alegação de impacto financeiro de R\$ 21 bilhões anuais.

Sabe-se das lutas históricas travadas pela implementação do BPC, dado seu impacto mais que comprovado sobre a redução da pobreza e universalização dos direitos sociais¹⁹. Enquanto a negação por direitos ocorre, o Relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) mostra que, em 2018, o governo federal gastou R\$ 279,6 bilhões com juros e encargos da dívida – cifra que representa 10,1% de todas as despesas empenhadas (R\$ 2,7 trilhões) – e 4,1% do PIB (Produto Interno Bruto). Vejamos a preocupação do Estado Brasileiro neoliberal: alimentar o capital portador de juros em detrimento da distribuição da riqueza socialmente produzida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das lutas duramente travadas e constantes por movimentos sociais e entidades representativas dos diversos segmentos classistas, os direitos da classe trabalhadora nunca se encontraram estáveis. As disputas pela riqueza socialmente produzida no âmbito da sociedade capitalista acirram-se nas políticas sociais por meio das estratégias para apropriação do fundo público. O capital em crise demanda novas estratégias para a captura dos recursos públicos na forma de refinanciamento da dívida pública e sob a predominância do capital portador de juros são anunciadas políticas de “austeridade” para os chamados gastos sociais.

Neste contexto, a pressão das forças dominantes pauta a redução ou eliminação de direitos socialmente construídos, para que a velhice se torne rentável. Assim, mesmo que os velhos tenham aumentada a sua expectativa de vida e várias políticas sociais tenham pautado um envelhecimento ativo²⁰ e protagonista, sendo elas o

19. De acordo com estudos realizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), sem o BPC a maior parte dos 2 milhões de idosos beneficiados pelo programa seria indigente. Em 1995, antes da sua criação, 12,6% dos idosos estavam em situação de miséria no Brasil. Hoje, segundo a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do IBGE, a taxa é de apenas 1%.

20. O termo “envelhecimento ativo” decorre de uma política de saúde mundial adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005 e implementada por diversos países, entre eles o Brasil, com a finalidade de garantir o acesso à participação, saúde, informação e segurança ao longo da trajetória de vida, mas especialmente às pessoas mais velhas e, assim, melhorar a qualidade de vida da população.

marco da visibilidade da questão, isso não significa melhores condições objetivas de vida para a classe-que-vive(u)-do-trabalho²¹, pois continua envelhecendo de forma subalternizada. Lembrando que viver mais não é sinônimo de viver melhor.

A proteção integral encontra-se cada vez mais ameaçada pela ordem capitalista que rechaça as condições objetivas de sobrevivência da população idosa, como algo coisificado e desprezível (Teixeira, 2018). Em confronto com essa ideologia, resgato o antagonismo das políticas sociais no capitalismo e reflito que há de se utilizar seu espaço para influir na realidade concreta dos sujeitos velhos, superando a clássica prática funcionalista que estigmatiza e pseudovaloriza a velhice.

Behring e Boschetti (apud Vilione e Soares, 2018), sabiamente reconhecem que a utilização de tais espaços não são suficientes para as reformas necessárias, mas que podem iniciar um movimento de enfrentamento para a transformação social visando à patamares emancipatórios.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, S. (2018). *A velhice*. 2 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

BEHRING, Elaine Rossetti (2021). *Fundo Público, Valor e Política Social*. São Paulo, Cortez Editora,

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. (2008). *Política social: fundamentos e história*. 4 ed. São Paulo, Cortez. .

BRASIL (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.

____ (1990). *Lei n. 8.080, de 19 de setembro*. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: jun. 2020.

____ (1991a). *Lei n. 8.212, de 24 de julho*. Lei Orgânica da Seguridade Social. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm>. Acesso em: jun. 2020.

____ (1991b). *Lei n. 8.213, de 24 de julho*. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: jun. 2020.

21. Conceito trabalhado por Vilione e Soares (2017), para situar o sujeito velho na sua condição de trabalhador durante sua trajetória de vida, no tempo passado e no tempo presente.

- BRASIL (1993). *Lei n. 8.742, de 7 de dezembro*. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: jun. 2020.
- ____ (1994). *Lei n. 8.842, de 4 de janeiro*. Dispõe sobre a Política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Política Nacional do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: jun. 2020.
- ____ (2003). *Lei n. 10.741, de 01 de outubro*. Estatuto do Idoso. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: jun. 2020.
- ____ (2011). *Lei n. 12.435, de 6 de julho*. Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm>. Acesso em: jun. 2020.
- ____ (2016). *Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: p. 2, col. 2, 16 dez.
- ____ (2018). Estudos apontam que 75% dos idosos usam apenas o SUS. *Agência Saúde*. Disponível em: <<http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus#:~:text=No%20Dia%20Nacional%20e%20Internacional,envelhecimento%20desta%20popula%C3%A7%C3%A3o%20no%20Brasil.>>. Acesso em: jun. 2020.
- ____ (2019a). Número de denúncias de violência contra idosos aumentou 13 em 2018. *Agência de Notícias*. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2019-06/numero-de-denuncias-de-violencia-contra-idosos-aumentou-13-em-2018>>. Acesso em: jun. 2020.
- ____ (2019b). Emenda Constitucional n. 103, de 12 de novembro. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, ed. 220, 13 nov.
- CASTRO, S. F. F. (2017). “Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: garantias legais x realidade efetiva”. In: TEIXEIRA, S. M. (org.). *Envelhecimento na sociabilidade do capital*. Campinas, Papel Social, pp. 159-177.
- CIELO, P. F. L. D e VAZ, E. R. C. (2009). A legislação brasileira e o idoso. *Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão*, ano XII, n. 2. Disponível em: <http://www.portalcatalao.com/painel_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/temp/d69c5c-83201f5bfe256b30a1bd46cec4.pdf>. Acesso em: jun. 2020.
- FALEIROS, V. P. (2017). “Prefácio”. In: TEIXEIRA, S. M. (org.). *Envelhecimento na sociabilidade do capital*. Campinas, Papel Social, pp. 15-19.
- HADDAD, E. G. de M. (2016). *A ideologia da velhice*. 2 ed. São Paulo, Cortez.

- HIRATA, H. (2014). Gênero, classe e raça, interseccional idade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social – Revista de Sociologia da USP*, v. 26, n. 1. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ts/v26n1/05.pdf>>. Acesso em: maio. 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2019). Agência de Notícias. Idosos indicam caminhos para a melhor idade. *Revista Retratos*. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>>. Acesso em: jan. 2020.
- PAIVA, S. O. C. (2017). “Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital: um ensaio em defesa da seguridade social”. In: TEIXEIRA, S. M. (org.). *Envelhecimento na sociabilidade do capital*. Campinas, Papel Social, pp. 97-118.
- PARTIDO DOS TRABALHADORES (2019). Com redução do BPC, como propõe Bolsonaro, idosos ficarão na miséria. *Agência PT de Notícias*. Disponível em: <>. Acesso em: jun. 2020.
- RODRIGUES, F. (2018). Nunca o Brasil gastou tanto com sua dívida pública: R\$ 280 bilhões em 2018 (montante gasto com juros e encargos da dívida). *Poder 360*, jun. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/tag/divida-publica/page/18/>>. Acesso em: jun. 2020.
- ROSSI, P. et al. (2019). Austeridade fiscal e o financiamento da educação no Brasil. *Revista do Centro de Estudos Educação e Sociedade – Cedes*, Campinas, v. 40. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/es/a/kPwjLRdn8xtJwxpt4T8R4NH/?lang=pt>>. Acesso em: abr. 2022.
- SALVADOR, E. (2010a). *Fundo público e seguridade social*. São Paulo, Cortez.
- _____. (2010b). Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 104, out./dez. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/JjjhnQzh9FGx9q3t7WsT35g/?lang=pt>>. Acesso em: abr. 2022.
- SALVADOR, E. et al. (2010) (org.). *Financeirização, fundo público e a política social*. São Paulo, Cortez.
- SILVA, A. A. (2010). *A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado*. 3 ed. São Paulo, Cortez.
- _____. (2016). *Políticas sociais: arenas de luta por acesso à riqueza social*. São Paulo, Veras.
- _____. (2018). “A reforma da previdência: confisco para o trabalhador e ‘tranquilidade’ para o mercado”. In: RAICHELIS, R., VICENTE, D. e ALBUQUERQUE, V. *A nova morfologia do trabalho no serviço social*. São Paulo, Cortez, pp. 245-262.
- SILVA, M. R. F. de. (2016). Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 126.
- TEIXEIRA, S. M. (2008). *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil*. São Paulo, Cortez.
- Um Senhor Estagiário* (filme) (2015). Direção de Nancy Meyers. USA.

VILIONE. G. C. C. e SOARES. N. (2017). “A materialização da política de ‘envelhecimento ativo’ no tempo da ofensiva neoliberal”. In: TEIXEIRA, S. M. (org.). *Envelhecimento na sociabilidade do capital*. Campinas, Papel Social, pp 179-198.

O PLANO MAIS BRASIL E A REFORMA DO ESTADO DO CAPITAL EM CRISE

Raphael Pereira Marques¹

INTRODUÇÃO

Em 5/11/2019, foi apresentado pelo Ministério da Economia brasileiro o chamado “Plano Mais Brasil” (Ministério da Economia, 2019a). O ministro da pasta, assim como diversos secretários e subsecretários sob o seu comando, veículos da grande imprensa, empresários e representantes do capital financeiro estiveram no anúncio do plano que prometia uma “transformação do Estado” (Ministério da Economia, 2019b). O plano consiste, na prática, em um grande pacote legislativo que reúne três Propostas de Emenda (PEC) à Constituição de 1988, mais especificamente: PEC 186/19, batizada de PEC Emergencial; PEC 187/19, PEC da Revisão dos Fundos; PEC 188/19, cunhada de “PEC do Pacto Federativo”. Este capítulo tem como finalidade analisar criticamente essas propostas em suas intencionalidades, levando em consideração os favorecidos e desfavorecidos por suas iniciativas e os reais objetivos dessas medidas em tempos de crise do capital.

Primeiramente, apontaremos algumas das recentes reformas legislativas e constitucionais realizadas nos últimos anos no Brasil, sobretudo a partir de 2016, ano em que se consolidou um golpe político disfarçado de legalidade no governo federal do país. A escolha desse período não é desproposita. Anteriormente, havíamos vivido uma temporada de ilusões democráticas perante avanços (alguns, de fato, concretos e muito significativos) em políticas sociais, mas que nos revelaram os limites da política de conciliação de classes em face dos interesses do capital financeiro, com a subsequente ascensão de alas conservadoras e reacionárias da política brasileira (Braz, 2017). Sendo assim, desde meados de 2016, o Brasil vem passando por significativas reformas legislativas por meio de PECs, mas também por outras proposições que contrariam princípios da Constituição, até mesmo em

1. Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialista em Gestão Pública e Analista de Projetos Sociais na Consultoria Diagonal – Transformação de Territórios. rphmarques@gmail.com

suas cláusulas pétreas. O chamado “Teto dos gastos”, a “Reforma Trabalhista” e a “Reforma da Previdência” são exemplos das duras medidas adotadas pelos governos de então e de agora, no sentido da diminuição dos direitos à proteção do cidadão pelo Estado e na direção da garantia da apropriação do fundo público pelos donos do capital financeiro.

Foi possível observar muitos retrocessos em matéria de direitos sociais em pouco tempo, com objetivos evidentes de manutenção das taxas de lucratividade do capital, mantendo a sua extração de valor sobre o fundo público em meio a uma crise própria de sua lógica incessante de produção de necessidades (Fontes, 2017). Em tempos de crise do capital, torna-se ainda mais necessária a análise minuciosa dos objetivos e das estratégias, velhas ou novas, exitosas ou não, de uma agenda legislativa de reforma do Estado brasileiro que se impõe sob o discurso dominante da austeridade e do ajuste fiscal. Nessa linha, em 2019, foi apresentado pelo governo federal o Plano Mais Brasil, que reúne em uma mesma proposição questões como a revisão do pacto federativo, a desvinculação orçamentária de gastos e a redução do investimento nas atividades do Estado. Desse modo, procuramos discorrer, neste artigo, sobre alguns pontos presentes nas PECs 186, 187 e 188 de 2019 que compõem esse plano, suas intenções e práticas de compensação da queda das taxas de lucratividade do capital mediante a desresponsabilização do Estado com políticas sociais e gastos obrigatórios, apropriando-se da riqueza disponível.

AS RECENTES E SUCESSIVAS REFORMAS LEGISLATIVAS: SEUS IMPACTOS E FINALIDADES

A Constituição Federal brasileira (CRFB/88), vem sofrendo sucessivas reformas, o que, por si só, poderia causar estranhamento, tendo em vista termos um modelo rígido de Constituição, o que dificultaria a sua alteração formal e material devido à própria vocação de permanência e estabilidade, segundo juristas (Silva, 2005). Todavia, não é o que podemos observar historicamente sobre o texto da Carta Magna. Desde sua primeira alteração, em 1992, foram realizadas 106 emendas no total, em média, mais de três reformas por ano. Obviamente, a vida política e constitucional não vive da lógica matemática pura e simplesmente. De tempos em tempos, há mais ou menos reformas, assim como reformas mais brandas ou profundas nos seus dispositivos e no seu afetar sobre a vida do Estado e da sociedade.

Se levarmos em consideração o período de 2016 até 2020, foram realizadas severas reformas legislativas e constitucionais no que concerne ao uso e organização do fundo público, mas também dos direitos sociais conquistados pela população

a duras penas. No primeiro caso, a Emenda Constitucional (EC) 95/16, chamada de “Teto dos gastos”, é emblemática no sentido de estabelecer novas regras para o regime fiscal, sobretudo, ao limitar, nos Art. 107 ao 114 da CRFB/88, as despesas primárias do Estado, que incluem todos os gastos públicos exceto aqueles que não estejam a serviço do pagamento da dívida pública, limitação esta pelo prazo de 20 anos (Brasil, 2016). Desde o exercício financeiro de 2018, os gastos primários estão restritos aos valores do ano anterior – corrigidos, tão somente, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), indicador mais conhecido da inflação. A medida, por si só, causa estranheza devido à utilização da simbólica rigidez constitucional a fim de estabelecer uma regra que, em seus termos, é transitória.

A mudança na organização das regras para a execução orçamentária é dramática, uma vez que, mesmo com o aumento das arrecadações pelo Estado, seus gastos estão circunscritos à inflação do ano anterior, não podendo ser revertidos para a sociedade. O projeto constituinte da CRFB/88 foi intensamente pautado, ao menos em seu aspecto formal, em vasta gama de direitos sociais, levando até mesmo ao aumento da judicialização sobre o tema, tornando o Poder Judiciário em uma arena de disputas referente ao tema (Marques et al., 2019). Portanto, se considerarmos que, até aqui, pouco se concretizou do projeto constituinte – o que explica, em parte, a crescente judicialização – a EC 95/16 representou uma nova ofensiva contra a materialização dos direitos sociais constitucionalmente previstos. Mais que isso, significa a revogação do projeto constituinte de 1988, mantendo-se o Estado de exceção permanente, típico das Repúblicas de *Nuestra América* (Mariano, 2017).

Igualmente, no campo legislativo, que dispõe sobre os direitos sociais, vivemos bruscos retrocessos, por exemplo, ligados aos direitos trabalhistas. Embora tenha se tratado de uma reforma legislativa infraconstitucional, sobre lei complementar, as alterações das regras jurídicas relativas à regulação das relações de trabalho e emprego advindas da Lei 13.467/17, que reformou drasticamente a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), infringiram diretamente os dispositivos constitucionais acerca de direitos sociais, pois muitos deles dependem da renda e dos benefícios provenientes do trabalho para que se realizem. As alterações da chamada Reforma Trabalhista anunciavam, na época de sua tramitação, “[...] um avanço da precarização, da informalidade, da contratação por horas e da intensificação do trabalho informal, levando, como consequência, à ampliação da desigualdade social”. (Helmer et al., 2017, p. 655). Passados alguns anos de sua aprovação, as promessas de alargamento da oferta de trabalho, como faziam aqueles que propagandeavam a reforma, não se concretizaram (Gonçalves, Barbosa e Matcin, 2017). Ao contrário, a taxa de desocupação permaneceu quase a mesma, além da taxa de

subutilização e informalidade da força de trabalho ter crescido, asseverando um futuro de maiores desigualdades sociais (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, 2019).

É falsa a ideia de que um projeto de Seguridade Social, tal como previa o projeto da Constituinte de 1988, tornaria dispensáveis as remunerações e benefícios sociais advindos da própria relação de trabalho, cabendo ao Estado todas as tarefas de provimento de todas as necessidades sociais dos cidadãos². Sabemos da existência de políticas residuais que visam garantir direitos sociais por meio da relação de trabalho ou motivos de necessidade. Diferente disso é o que pensamos por políticas públicas e direitos de maneira universalista e equitativa, com objetivos de redução da desigualdade fragmentária de classes. Certo é que há diversas hibridações nas políticas sociais quanto à sua dependência ou não do emprego formal para a garantia daquilo que é direito social, como é o caso, marcadamente, da Previdência Social. No Brasil, é difícil negar a alta dependência da relação de emprego perante a insuficiência das políticas sociais de pretensões universalistas e do quadro de profundas desigualdades ao qual estão submetidos vastos segmentos da população.

A Previdência Social também foi vítima do impacto das grandes reformas legislativas promovidas nos últimos anos, mais uma vez, por meio de emendas à CRFB/88. A Reforma da Previdência, que talvez tenha sofrido as maiores resistências no âmbito do processo político, foi aprovada no ano de 2019, aclamada por alguns setores da sociedade, ademais, considerada insuficiente pelo capital financeiro, que exigia reforma ainda mais voraz (Bast, 2019). Entretanto, o que se pôde perceber com essa reforma foi a imposição e o aumento de requisitos para o direito social à previdência pública a setores da sociedade que não são apenas a maioria, mas os que mais dependem das fontes desse recurso. De fato, houve uma resignificação da política de Previdência Social pública para que, a qualquer momento, seja transformada em capital portador de juros com o objetivo da mercantilização dos

2. A social-democracia como alternativa política no período conhecido como os 30 anos de ouro do capitalismo, que tardiamente reverberou no Brasil de maneira residual, após o período da redemocratização, apresentou-se como possibilidade de conciliação de interesses entre capital e trabalho, trazendo avanços em direitos sociais e promessas de melhores condições de vida para a classe trabalhadora. Todavia, mesmo os países de industrialização avançada que antes lograram implementar um Estado de bem-estar social, apresentavam suas diferenças. Esping-Andersen, com sua abordagem interativa acerca do *Welfare State* e as mobilizações de classes sociais, apresenta interessante análise sobre o significado deste e demonstra a existência de ao menos três modelos diferentes que se constituíram historicamente nesse período: o liberal, o conservador-corporativista e o social-democrata (Esping-Andersen, 1991).

direitos e benefícios da Seguridade Social que vão ao encontro das expectativas do mercado financeiro, seguindo tendências de financeirização e especulação econômicas, instrumentalizando aposentadorias e pensões dos trabalhadores.

Tais características anunciadas pela última Reforma da Previdência não são propriamente novidades em seu sentido mais amplo. A Previdência Social tem servido como recurso às sucessivas crises do capital que tenta compensar as quedas de suas taxas de lucro com a apropriação privada do fundo público destinado à política de Seguridade Social, mobilizadora de vultosos recursos monetários (Salvador, 2010). Como uma de suas estratégias, está a maior exploração de partes da riqueza do trabalho, que financia a Previdência Social por meio da renda salarial dos trabalhadores, convertendo-a em capital financeiro e transformando a poupança futura em mercadoria. Esse já é o caso, por exemplo, dos fundos de pensão³, regime em vigor no sistema previdenciário brasileiro que fragiliza o conceito de solidariedade em favor dos interesses do mercado de capitais (Granemann, 2012). Esse modelo explora ainda mais as relações de trabalho e se apropria de maior parte do excedente social, combinando a ilusão da reversão dessa riqueza para os trabalhadores. Todavia, contemporaneamente, isso se intensifica, como ressalta Jesus:

O cenário apresentado atualmente, na realidade internacional e brasileira, demonstra que o capital, seus donos e representantes têm procurado formas sistemáticas de garantir a obtenção da mais-valia, particularmente a partir da estratégia de financeirização da economia, por meio de relações econômicas que se baseiam na especulação, nos juros, nas diversas maneiras de obter rápido retorno financeiro com o menor dispêndio possível de investimento de capital e tempo. (Jesus, 2018, pp. 171-172)

Se colocarmos em relação as reformas legislativas aqui trazidas (EC 95/16, Lei 13.467/17 e EC 103/19) de maneira a se conjugarem em um quadro de uma sociedade marcada por profundas desigualdades, como no caso brasileiro, somadas à crise do capital que tornou esta a pior década da economia do país nos últimos 100 anos, a projeção para os direitos sociais não é favorável. No caso das reformas Trabalhista e da Previdência, as implicações para a classe trabalhadora são mais do que graves, restringindo pura e simplesmente o acesso a direitos sociais antes líquidos e certos para os trabalhadores formais. A precarização e a informalização

3. Modelo capitalizado da Previdência Social que compõe, até o momento, o regime de Previdência Social complementar no Brasil.

deixam grandes segmentos da população alijados de qualquer possibilidade de requerimento de seus direitos no âmbito da Previdência Social, agora com exigências ainda mais distantes de sua realidade social.

As motivações de “manutenção de um equilíbrio fiscal” do Estado, com as EC 95/16 e 103/19, fizeram uma reestruturação restritiva dos direitos sociais previstos na CRFB/88, em particular o da Previdência Social, já limitado às parcelas da população que conseguiam manter relações de emprego formal pela maior parte de suas vidas. Assim, ambas as emendas desviam o foco real dos gastos do Estado brasileiro, que não podem ser observados apenas em seus resultados primários, ou seja, desconsiderando a dívida pública. Essas reformas buscaram, na verdade, manter a capacidade de o Estado cumprir sua principal função há anos, ou seja, produzir superávits primários para serem expropriados por meio de sua dívida (Rocha e Macário, 2016). Esta, segundo dados do Tesouro Nacional, encontra-se em torno de 80,8% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro (Secretaria do Tesouro Nacional, 2019). Logo, a questão fiscal do Estado aparece de forma explícita nos serviços da dívida pública e não exatamente nos gastos sociais como, por exemplo, em Previdência Social, inseridos em menos de 20% do seu orçamento total.

O PLANO MAIS BRASIL E A MANUTENÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO A SERVIÇO DO CAPITAL FINANCEIRO EM TEMPOS DE CRISE

Adentraremos um pouco mais no conteúdo das reformas constitucionais que compõem o leque do Plano Mais Brasil. Não iremos tratar de todos os seus pontos, senão daqueles centrais que apontam, justamente, as reais intenções dessas medidas. A seguir, trataremos das propostas de acordo com sua ordem numérica. Não podemos desconsiderar que se trata de um conjunto de reformas que, juntas, visam, como a sua propaganda diz, uma determinada “transformação do Estado”. Cabe-nos perguntar que transformação é essa e que tipo de Estado se busca com ela. Devemos adiantar que as medidas abarcadas pelo Plano Mais Brasil estão, principalmente, em um plano de mudanças sobre a administração dos recursos do Estado e suas atividades, com violentos impactos sobre os direitos sociais, tal como as reformas tratadas anteriormente.

A PEC 186/19, batizada de PEC Emergencial, procura implementar regras ainda mais duras para que se cumpram os rigorosos regimes fiscais destinados à produção de superávit primário para o pagamento da dívida pública, sobretudo, alterando as despesas obrigatórias do Estado. Nesse sentido,

as alterações encontram-se nos artigos do capítulo das Finanças Públicas e no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da CRFB/88, que estabelecem regras para que as despesas obrigatórias não sejam, no seu limite, afetadas. Entre as mudanças que traz a PEC está o acréscimo de novas medidas para o cumprimento da chamada “regra de ouro”, prevista no Art. 167, III, da CRFB/88, que prevê a impossibilidade de realização de operações de crédito pelo Estado para o pagamento da despesa corrente, preservando, assim, o orçamento previsto anualmente para as despesas que são mandatórias, em geral, como o gasto de pessoal.

Paradoxalmente, com o pretexto do cumprimento deste dispositivo legal, o projeto sugere a redução dos próprios gastos obrigatórios com recursos humanos e não propriamente com o montante da dívida e as causas de seu aumento. É o que vemos, por exemplo, com a proposta de redação do Art. 169, §3º, I-A, ao dizer que:

I-A – redução temporária da jornada de trabalho, com adequação proporcional dos subsídios e vencimentos à nova carga horária, em, no máximo, 25% (vinte e cinco por cento), com base em ato normativo motivado de cada um dos Poderes que especifique a duração, a atividade funcional, o órgão ou unidade administrativa objetos da medida, bem como o exercício de outras atividades profissionais por aqueles que forem alcançados por este dispositivo. (Senado Federal, 2019a, p. 7)

Sendo assim, aquilo que já havia sido colocado pela Lei 13.467/17⁴ (Brasil, 2017) como uma possibilidade para os trabalhadores que estão sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou seja, uma redução da jornada de trabalho e a consequente redução de salário, agora se amplia como risco para os servidores do Estado. Os ataques ao emprego público, porém, não param por aí. Estão previstas também a vedação de admissão ou contratação de pessoal (Art. 167A, IV), a proibição da realização de novos concursos públicos salvo para a ocupação de cargos vacantes (Art. 167A, V), o impedimento da progressão e promoção funcional de carreira (Art. 167A, §1º, II), entre outras medidas restritivas. É interessante notar, na última, a falta de coerência com o “tão necessário” ajuste fiscal do Estado em relação aos obstáculos colocados para a promoção e progressão funcional, resguardando aquelas relacionadas às carreiras do Poder Judiciário e do Ministério

4. Não podemos olvidar que essa possibilidade, antes vedada pela CLT, foi primeiramente disposta como um programa para “proteção do emprego” na MP 680/15, depois convertida na Lei 13.189/15, que criou o Programa Seguro-Emprego.

Público, como o faz no Art.167A, §1º, a) e b) – afinal, são justamente os campeões em “excessos” de despesa pública com pessoal (Valor Econômico, 2019). A coerência, claro, não está nas razões econômicas, mas nas razões políticas.

De todo modo, devemos salientar que as necessidades sociais e o acesso a bens de consumo coletivo, dada a precariedade das políticas sociais, são garantidos, em certa medida, pela classe trabalhadora⁵, pelos próprios rendimentos de seu trabalho. Isso, de certa forma, repassa mais uma vez os custos para os trabalhadores e atinge os interesses do mercado, tendo em vista que destes são buscados muitos serviços. Ademais, se considerarmos as finanças públicas, sabemos que o travamento do consumo das famílias e das atividades do Estado reduz o fluxo da arrecadação e a estabilidade financeira, como repetidamente diz Dowbor⁶. Nesse sentido, uma política de contração da renda familiar ajudaria a manter a estabilidade das finanças do Estado? Tudo indica que não, pelo contrário: a redução de salários, vencimentos e oferta de trabalho não somente no mercado, mas também no âmbito do Estado, são graves fatores que levam à piora das suas contas.

Por sua vez, a PEC 187/19 pretende reorganizar a dotação orçamentária com a desvinculação de recursos que possuem destinação própria, voltados para políticas com finalidades específicas, como é o caso dos fundos. Em geral voltados para políticas sociais, os fundos públicos *stricto sensu* são os recursos monetários destinados ao cumprimento de fins determinados em leis específicas. Sem eles, determinadas políticas públicas se tornariam vãs, meras letras de lei, pois não haveria a disposição de valores para investimento e realização de seus objetivos. Muitas políticas e instituições do Estado dependem diretamente desses fundos para se manterem em funcionamento. O Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (Fundeb)⁷, fundo público voltado para o financiamento da educação básica, é um grande exemplo da importância desses fundos para o desenvolvimento de políticas

5. Devemos atentar que, atualmente, há mais de 12 milhões de desempregados no Brasil. Mesmo os que estão trabalhando, cerca de 40,6% da taxa de ocupação é composta por trabalhadores informais e 24,4% estão em subutilização. Além disso, há 4 milhões de desalentados no país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020).

6. Em entrevista, o economista deixa claro os motivos do “engessamento da economia brasileira”: a exportação, o consumo das famílias, a produção da indústria e as atividades do Estado (Carlotti, 2017).

7. Recentemente, um intenso debate político foi travado em torno do Fundeb em razão do vencimento do seu prazo legal de vigência. O fundo acabou não sendo apenas renovado como tornado permanente por iniciativa do Congresso Nacional, sobretudo, em razão da sua importância crucial no financiamento da educação básica no Brasil (Cruz, 2020).

públicas, nesse caso, educacionais, tendo em vista a insuficiência dos orçamentos e investimentos municipais na área, que já possui graves déficits. De curta redação, podemos verificar as alterações constitucionais propostas pela PEC:

Art. 2. Os arts. 165 e 167 da Constituição Federal passam a vigorar com a seguinte redação: “

Art. 165
 § 9º Cabe à lei complementar: II – estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial da administração direta e indireta, bem como condições para o funcionamento de fundos públicos de qualquer natureza.

“Art. 167
 .. IX – a instituição de fundos de qualquer natureza, sem autorização por lei complementar. (Senado Federal, 2019b, p. 1)

É possível verificar, de antemão, um caráter mais restritivo na gestão e instituição de fundos públicos ao percebermos que todos eles, independentemente do nível federativo, devem ser submetidos ao rigor de uma Lei Complementar que, a princípio, já requer número de votos superior para aprovação do que uma lei ordinária⁸. Interessa notar, contudo, o prazo dado pelo Art. 3º para readequação de todos os fundos à Lei Complementar própria, de dois anos após a aprovação da PEC, sob o risco de sua extinção. Ora, sabemos que o tempo legislativo não é o mesmo que espera a sociedade, tampouco o que se estabelece nas próprias leis. O Poder Legislativo está invariavelmente submetido à ampla gama de interesses, o que faz com que tenha muitas variações quanto ao tempo de aprovação de determinadas medidas. Isso traz grande insegurança jurídica aos fundos; muitos deles correm o risco iminente de extinção.

Como se não fosse o bastante, a PEC deixa muito claro para onde serão destinados os recursos com a extinção dos fundos ao dizer, taxativamente, em seu Art. 5º:

Durante o período a que se refere o caput do art. 3º, o superávit financeiro das fontes de recursos dos fundos públicos, apurados ao final de cada exercício, será destinado à amortização da dívida pública do respectivo ente. (Senado Federal, 2019b, p. 2)

8. As leis complementares requerem, de acordo com o Art. 69, maioria absoluta no processo legislativo, enquanto as leis ordinárias requerem maioria simples.

Ou seja, mais uma vez, os recursos que se destinavam à execução de políticas públicas são direcionados aos pagamentos da dívida pública dos entes federativos e, em última instância, da União Federal, que emite títulos da dívida. Tudo isso em detrimento dos direitos sociais constitucionalmente previstos, acarretando grave consequência para sua efetivação.

Por fim, a PEC 188/19, ou PEC do Pacto Federativo, propõe uma verdadeira variedade de alterações constitucionais em muitos de seus dispositivos, sendo inviável a análise de todas elas neste único artigo. Via de regra, grande parte das mudanças dificultam o investimento nas atividades do Estado no âmbito dos três entes federativos (União, Estados e Municípios) com o propósito de manter a sua saúde financeira tão somente para o pagamento da dívida pública, como foi possível perceber até aqui. Entretanto, podemos observar alguns pontos que são grandes afrontas aos direitos sociais, estabelecidos no Art. 6º da CRFB/88 e que se estendem em muitas das regras orçamentárias ao longo do texto constitucional. Neles, podemos perceber, novamente, a lógica perversa de um ajuste fiscal que desconsidera as necessidades sociais da população. Esse é o caso da possibilidade de dedução dos investimentos na saúde (inclusive, sobre o seu mínimo constitucional) quando se excederem os gastos mínimos em educação e vice-versa. Conforme dispõe a proposta de redação dos Art. 198, §7º e 212, §7º:

Art. 198
..... § 7º Para fins de cumprimento do disposto no §2º, fica autorizada, na elaboração da proposta orçamentária e na respectiva execução, a dedução do montante aplicado na manutenção e desenvolvimento do ensino que exceder o mínimo aplicável nos termos do art. 212, caput, desta Constituição. (NR)

Art. 212
..... § 7º Para fins de cumprimento do disposto no caput, fica autorizada, na elaboração da proposta orçamentária e na respectiva execução, a dedução do montante aplicado em ações e serviços públicos de saúde que exceder o mínimo aplicável, nos termos do art. 198, § 2º, desta Constituição. (NR) (Senado Federal, 2019c, p. 8)

Na prática, isso elimina o piso constitucional para investimentos na saúde e educação, pois faz com que essas duas políticas sociais concorram entre si. Caso haja um pouco mais de 25% de investimento em educação por um Estado da federação, conforme disposto em sua lei orçamentária, permitirá que esse mesmo Estado reduza seus gastos em saúde; o contrário também é verdadeiro. Prevalerão sobre os pisos os interesses que estiverem a favor mais de uma ou da outra. O

objetivo dessa PEC é, então, desobrigar e desvincular ainda mais os gastos do Estado. Ademais, o novo pacto federativo tira a autonomia dos Estados e municípios para investimentos em políticas públicas em suas localidades, uma vez que a não aplicação e contingenciamento desses recursos (mínimos, diga-se de passagem) será, em boa parte, destinada ao pagamento das dívidas desses entes com a União e desta aos detentores da dívida pública federal.

Como dissemos, o Plano Mais Brasil tem como mote a “transformação do Estado”. Transformação esta com o pressuposto de ser necessário que o Estado adquira “eficiência”, mas não uma eficiência qualquer, uma eficiência que esteje sob a lógica empresarial, sob parâmetros de redução de custos e produção de lucros. Esse modelo de governança e de concepção de Estado nos remete a um pensamento de mercado inserido no seio da administração pública. Sem dúvida, a reconfiguração capitalista com as transformações introduzidas pelo neoliberalismo provocou alterações profundas sobre as razões que regem o mundo, inclusive sobre a razão que domina a própria ação pública (Dardot e Laval, 2016). A máxima do ajuste fiscal do Estado, proferida globalmente por diversos organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) a partir dos anos 1980, defende uma cartilha que ainda seguimos no Brasil: a redução dos gastos do Estado e a potencialização de sua “eficiência” mediante o mote concorrencial do mercado, exaltando a gestão empresarial e emitindo diretrizes para que a gestão pública incorpore suas práticas.

Mas a quem se destinam os “lucros” do Estado? Esses lucros e desinvestimentos estão diretamente subordinados e presos ao pagamento da dívida pública, como já ressaltamos. Portanto, quem se beneficia com esse pagamento? No caso brasileiro, é o próprio oligopólio financeiro, em geral, bancos e corporações em escala nacional e mundial que detêm os títulos de endividamento do Tesouro Nacional. Como bem ressalta Dowbor: “Na prática, os mais afortunados que deveriam pagar os seus impostos aplicam na dívida pública e fazem render o que deveriam devolver à sociedade”. (Dowbor, 2017, p. 144). Isto porque são, na verdade, cadeias improdutivas que lucram sobre o excedente socialmente produzido e raramente são taxadas pelo sistema tributário. Capturam o poder político, apropriam-se (com maior gravidade em momentos de crise) do fundo público para investir em títulos da dívida do próprio Estado e, ao invés de serem taxados em seus lucros e dividendos, são pagos por isso. Um retorno infundável, sem riscos e completamente seguro de capital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modo de produção capitalista não pressupõe harmonia entre suas partes. O golpe político consolidado em 2016, ante a insuficiência da conciliação de classes no atendimento dos interesses do capital financeiro, provocou significativas reformas constitucionais e legislativas que destruíram, em boa medida, direitos sociais previstos no projeto constituinte de 1988. Perante as crises de acumulação de valor, o capital tende a buscar novos processos de acumulação que mantenham o fluxo de valorização do valor. Como explica Salvador, a “[...] nova fase de acumulação capitalista vai ser capitaneada pela esfera financeira, e no campo ideológico o velho liberalismo se veste com a ‘nova roupagem’, rebatizado de neoliberalismo”. (Salvador, 2010, p. 92). Nesse sentido, a estratégia encontrada a partir dos anos 1980 foi (e continua sendo no Brasil) a da financeirização das economias ao seu extremo, liberalizando-se mercados e suas regulações estatais e apropriando-se dos recursos do fundo público.

O regime de produção capitalista tem intrinsecamente em seu *modus operandi* a necessidade de acumulação de valor sobre o próprio valor. Isso acarreta crises invariavelmente. Mas, como nos lembra Fontes: “As crises são a marca genética do capitalismo, ele as agudiza. As crises sociais, econômicas, políticas, ambientais, humanas etc. não são suficientes para a superação do capitalismo.” (Fontes, 2017, p. 414). Trata-se de um ciclo infundável de produção de necessidades. É o caso das taxas de lucros que, sistematicamente, ao caírem nas crises provocam alterações profundas na direção de encontrarem outras fontes de acumulação. Nessa linha, um importante caminho tomado a partir da década de 1980, com a crise capitalista do Estado social, foi o da financeirização das economias. O privilégio foi dado às estratégias de acumulação por meio da mercadorização do próprio capital, favorecendo o capital portador de juros, marca desse período até os dias de hoje.

Dessa maneira, o sistema financeiro tratou de apropriar-se do excedente social vinculado à produção, transferindo investimentos e recursos destinados ao fomento econômico e social para o sustento de ganhos improdutivos baseados na especulação (Dowbor, 2017). Grandes corporações internacionais e gigantes do mercado financeiro, concentrados em pequenos grupos de *holders* de uma imensa cadeia produtiva, vêm provocando o redirecionamento de políticas públicas voltadas ao crescimento e desenvolvimento econômico e social para o sustento de seus ganhos e, ainda mais, para a reparação de suas perdas em meio às crises do capital. Quanto ao Plano Mais Brasil, fica evidente a intencionalidade de transformação do setor público por meio de suas respectivas PECs no sentido de paralisar ainda mais

as atividades do Estado, mantendo-se o orçamento público sob controle estrito do capital financeiro, em geral, dos bancos que são detentores dos títulos da dívida pública.

REFERÊNCIAS

- BAST, Myriá (2019). Impactos da reforma da previdência no crescimento. *Destaque Depec*. Disponível em: <https://www.economiaemdia.com.br/BradescoEconomiaEmDia/static_files/pdf/pt/publicacoes/destaque_depec/Destaque_Depec_15_mai_19.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.
- BRASIL (2015). Lei 13.189 de 19 de novembro. Institui o Programa Seguro-Emprego – PSE. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, p. 1, 20 nov.
- _____. (2015). Medida Provisória 680, de 6 de julho. Institui o Programa de Proteção ao Emprego e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 11, 7 jul.
- _____. (2016). Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: p. 2, col. 2, 16 dez.
- _____. (2017). Lei 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, p. 1, col. 1, 14 jul.
- _____. (2019a). *Ministro Paulo Guedes apresenta o Plano Mais Brasil*. Disponível em: <<https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/noticias/2019/11/guedes-apresenta-plano-mais-brasil-para-ministros-do-tcu>>. Acesso em: 14 maio 2020.
- _____. (2019b). *Apresentação – Plano Mais Brasil: Transformação do Estado*. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/11/05/paulo-guedes-plano-mais-brasil-pretende-transformar-o-estado-brasileiro>>. Acesso em: 14 maio 2020.
- BRAZ, Marcelo (2017). O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 128. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282017000100085&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2020.
- CARLOTTI, Tatiana (2017). Dowbor: Nós perdemos qualquer controle sobre os sistemas financeiros. *Carta Maior*. 20 abr. Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/Dowbor-Nos-perdemos-qualquer-controle-sobre-os-sistemas-financeiro-s-/4/37975>>. Acesso em: 7 maio 2020.

- CRUZ, Isabela (2020). Qual é o papel do Fundeb na educação básica brasileira. *Nexo Jornal*. 20 jul. Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/07/21/Qual-%C3%A9-o-papel-do-Fundeb-na-educa%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica-brasileira>>. Acesso em: 23 set. 2020.
- DARDOT, Pierre e LAVAL, Christian (2016). *A nova razão do mundo – ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo, Boitempo.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS – Dieese (2019). Semi-estagnação, desigualdade social e trabalho precário: o novo normal da economia brasileira? *Boletim de Conjuntura*, São Paulo, n. 20, dez., Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/boletimdeconjuntura/2019/boletimConjuntura020.html>>. Acesso em: 10 maio 2020.
- DOWBOR, Ladislau (2017). *A era do capital improdutivo: Por que oito famílias têm mais riqueza do que a metade da população do mundo?* São Paulo, Autonomia Literária.
- ESPING-ANDERSEN, Gota (1991). As três economias políticas do Welfare State. *Revista Lua Nova*, Cedec, n. 24. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019.
- FONTES, Virgínia (2017). Capitalismo, crises e conjuntura. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 130. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000300409&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2020.
- GONÇALVES, Fernando M., BARBOSA, Luka e MATCIN, André (2017). Reforma trabalhista: potenciais impactos. *Itaú BBA*, 4 ago. (Macro Visão). Disponível em: <<https://www.itaubba.com.br/itaubba-pt/analises-economicas/publicacoes/macro-visao/reforma-trabalhista-potenciais-impactos>>. Acesso em: 13 fev. 2020.
- GRANEMANN, Sara (2012). “Fundos de pensão e a metamorfose do ‘salário em capital’”. In: SALVADOR, Evilásio (org.). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo, Cortez.
- HELMER, Fabrícia Pavesi et al. (2017). O futuro do trabalho no Brasil: modernização e miséria. *Revista de Políticas Públicas*, Maranhão, v. 21, n. 2.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2020). *PNAD Contínua 1º Trimestre de 2020*. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2020_1tri.pdf>. Acesso em: 7 maio 2020.
- JESUS, Júlio César Lopes de (2018). A expropriação da previdência pública como estratégia de financeirização do capital. *Serv. Soc. Soc.*, n. 131. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n131/0101-6628-ssoc-131-0155.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2019.
- MARIANO, Cynara Monteiro (2017). Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômica e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, v. 4, n. 1, jan./abr.

- MARQUES, Raphael Pereira et al. (2019). “A judicialização dos direitos sociais e a Constituição Federal de 1988: Um possível cenário de disputa com caráter ético-político?”. In: AMARAL, Maria Virgínia Borges e HAURADOU, Gladson Rosas (orgs.). *Lutas sociais, trabalho, ‘questão social’ e serviço social*. Maceió, Edufal, pp. 141-160.
- ROCHA, Flávia Rebecca Fernandes e MACÁRIO, Eptácio (2016). O impacto da EC 95/2016 e da PEC 287/2016 para a previdência social brasileira. *SER Social*, Brasília, v. 18, n. 39, jul.-dez.
- SALVADOR, Evilásio (2010). *Fundo público e seguridade social no Brasil*. São Paulo, Cortez.
- SENADO FEDERAL (2019a). *Proposta de Emenda à Constituição nº 186, de 2019*. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/139702>>. Acesso em: 5 maio 2020.
- _____ (2019b). *Proposta de Emenda à Constituição 187, de 2019*. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/139703>>. Acesso em: 5 maio 2020.
- _____ (2019c). *Proposta de Emenda à Constituição 188, de 2019*. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/139704>>. Acesso em: 5 maio 2020.
- SILVA, José Afonso da (2005). *Curso de direito constitucional positivo*. São Paulo, Malheiros.
- SIMÃO, Edna e RIBEIRO, Mariana (2020). Sete órgãos do Judiciário e dois do MP estouram teto dos gastos em 2019. *Valor Econômico*, Brasília, 29 jan. Disponível em: <<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/01/29/sete-orgaos-do-judiciario-e-dois-do-mp-estouram-teto-de-gastos-em-2019.ghtml>>. Acesso em: 19 abr. 2020.
- SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL (2019). *Relatório Anual da Dívida 2019*. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/relatorio-anual-da-divida>>. Acesso em: 7 maio 2020.

TEMPOS DE POLITIZAÇÃO DO JUDICIÁRIO E DE JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA: ONDE FICA A JUSTIÇA?

Luís Charles Moreira¹

O Poder Judiciário constitui-se em um dos poderes do Estado e dele participa. Legitima-se tendo como base o modelo de sistema constitucional organizado a partir da divisão de poderes entre: Poder Executivo, Poder Legislativo e Poder Judiciário. Dessa forma, tem o desafio de promover a justiça que, segundo Faria, assume dois papéis – aparentemente antagônicos –, quando se trata de exercer o direito ante desafios peculiares às classes vulneráveis:

Um de natureza essencialmente punitiva, aplicável aos segmentos marginalizados; outro de natureza eminentemente distributiva, o que implica, além da coragem e determinação política, a adoção de critérios compensatórios e protetores a favor desses mesmos segmentos tendo em vista a instituição de padrões mínimos de equidade, integração e coesão sociais. (Faria, 2001, p. 17)

A Constituição Federal Brasileira de 1988, no seu Artigo 2º, define: “[...] são poderes da União, independentes e harmônicos entre si” o Executivo, o Legislativo e o Judiciário. Nessa divisão de poderes, destacam-se as figuras de seus representantes: o chefe do Executivo (presidente, governador ou prefeito); os representantes do Legislativo (senadores, deputados, vereadores); os representantes do Judiciário (magistrados).

A divisão de poderes no Estado foi pensada pelos filósofos iluministas. Montesquieu, ao refletir sobre a formação das estruturas de poder, propôs como condição para a construção do Estado de Direito a separação entre os poderes:

1. Assistente Social no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP). Doutor em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). l.charles.moreira@gmail.com

Pelo primeiro, o príncipe ou magistrado faz leis por certo tempo ou para sempre e corrige ou ab-roga as que estão feitas; pelo segundo, faz a paz ou a guerra, envia ou recebe embaixadas, estabelece a segurança, previne invasões; chamaremos este último de poder de julgar. (Montesquieu, 1979, pp. 148-149)

Aparentemente a intenção do filósofo era:

Demonstrar a necessidade de se organizar um Estado que atinja a passividade dos conflitos sociais, impedindo que um grupo político se imponha sobre o outro, possibilitando que o homem possa fazer seu próprio juízo sobre a realidade histórica; e a divisão de poderes tem uma importância vital para isto, ou seja, não há democracia sem divisão dos poderes. (Melo, 2008, pp. 236- 237)

No entanto, **é** importante ressaltar que as maneiras de organizar o Estado estão intimamente conectadas à vida das pessoas, não existem sem propósito, sendo, portanto, “[...] o meio para a realização dos fins, que são as prerrogativas e os direitos dos homens, sem estes fins, aqueles meios não fazem qualquer sentido; sem aqueles meios, estes fins não podem ser atingidos”. (ibid., p. 217).

Desse modo, o Estado aparece como mediador das relações sociais e detentor do poder para direcionar os balizamentos pelos quais a vida social, econômica, política, passa a acontecer.

Com olhar crítico, Machado (2012) explica que, para Marx, o Estado é uma esfera que tem origem no contexto da sociedade civil, enquanto instituição acima de todas as outras, com função de assegurar e conservar a dominação e a exploração de classe. Assim, insere-se na estrutura econômica da sociedade como base ou infraestrutura. O mesmo ocorre com a sociedade civil, na medida em que Estado e sociedade civil se constituem em dois níveis da sociedade, interdependentes.

Souza (2010) esclarece que, apesar de Marx não ter elaborado uma teoria geral do Estado, sua postura crítica em relação ao jogo formal do poder político sob a condução de classe da burguesia e sua concepção histórica acerca das categorias sociais, autorizam sustentar que o Estado não se constitui uma esfera social eterna, nem necessária. De acordo com o pensamento marxiano, a essência humana é historicamente determinada pelas relações sociais de produção vigentes; o Estado desapareceria com o fim da “pré-história da humanidade”, isto é, com o fim da história humana caracterizada pela propriedade privada e pela desigualdade social.

Lênin cita o modo como Engels caracteriza o Estado:

O Estado não é, de forma alguma, uma força imposta, do exterior, à sociedade. Não é, tampouco, “a realidade da ideia moral”, nem “a imagem e a realidade da Razão” como pretende Hegel. É um produto da sociedade numa certa fase do seu desenvolvimento. É a confissão de que essa sociedade se embaraçou numa insolúvel contradição interna, se dividiu em antagonismos inconciliáveis de que não pode desvencilhar-se. Mas, para que essas classes antagonicas, com interesses econômicos contrários, não se entre devorassem e não devorassem a sociedade numa luta estéril, sentiu-se a necessidade de uma força que se colocasse aparentemente acima da sociedade, com o fim de atenuar o conflito nos limites da “ordem”. Essa força, que sai da sociedade, ficando, porém, por cima dela e dela se afastando cada vez mais, é o Estado. (Lênin, 2011, p. 37)

Nesta perspectiva, Chauí (1994) teoriza que o Estado tende a aparecer como a realização dos interesses gerais, mas, na verdade, passa a constituir-se na forma por meio da qual a parte mais forte e poderosa da constituição social ganha aparência de interesse de toda a sociedade. No mesmo sentido, entende-se que o Estado passa, então, a preservar os interesses da classe dominante de modo impessoal e anônimo, mediante leis que o fazem parecer como um poder que não pertence a ninguém.

Nesse panorama, o conjunto da população, reconhecendo a legitimidade da magistratura, que aparece como depositária da ordem e da justiça, submete-se voluntariamente às suas decisões – momento no qual o Judiciário se torna um elemento conciliador entre as forças que atuam nos poderes Executivo e Legislativo para com a classe trabalhadora. Por essa via, torna-se emblemática esta afirmação:

[...] o Direito é fruto do poder político e a aparente legitimidade do Direito está posta na construção de suas leis, uma vez que tais leis possibilitariam a mudança nas relações de poder e na relação de direitos e deveres”. (Alapanian, 2008, p. 33)

Assim sendo, o Judiciário se torna um instrumento privilegiado para o controle social, mediando, via Justiça, os mecanismos de manutenção da ordem vigente.

Esse movimento de contenção social assume, portanto, a função de estabelecer a paz social mesmo em meio ao antagonismo existente entre as classes. Tal dinâmica parece dar folego a uma lógica de reprodução das expressões da “questão social”.²

2. Telles (2013) descreve que a questão social é a aporia das sociedades modernas que põe em foco a junção, sempre renovada, entre a lógica do mercado e a dinâmica societária, entre a exigência ética dos

Nos Estados Unidos, desenvolveu-se a ideia de um Judiciário independente, configuração que daria a expressão mais acabada de um Estado liberal: “[...] a independência entre os poderes se faria crucial para que os interesses da população se sobrepusessem a de qualquer classe dominante”. (ibid., p. 84).

Nos governos oligárquicos, porém, somente membros da classe dominante poderiam ser escolhidos como magistrados, sendo o Brasil um representante deste modelo, ainda que em condição escamoteada e mais elaborada, uma vez que os processos de admissão à magistratura e a forma de indicação para os tribunais superiores estabelecem critérios de corte que manteriam tal arquétipo. Nesses países, “[...] a classe dominante procura exercer sua influência tanto no Executivo, como no Legislativo, fazendo do Judiciário o seu braço legitimador”. (ibid., p. 79).

No aparato do Estado de direito, o campo no qual se estuda e se efetiva o direito é o Judiciário, este se torna um lugar único em que acontece a mediação entre os interesses do Estado, ou seja, a classe que detém o seu controle, e o conjunto das populações sob sua égide: o direito é o principal instrumento através do qual as forças políticas têm o poder dominante e exercem o domínio. (Ibid., p. 32)

Surge, assim, um campo de disputa entre as forças sociais no Poder Judiciário, que passa a ser alvo de interesse da classe dominante pelo poder que possui de colocar-se como ente responsável pelo estabelecimento da justiça, mediando conflitos e estabelecendo a manutenção da ordem social – sem desconsiderar o viés político, social e ideológico construído em seu contexto.

Tal conformação se faz notar historicamente; ainda que de maneiras diversas, parece ter se instalado nos Estados Modernos:

Ainda que, nas cidades-estados gregas ou na Roma antiga o magistrado aparecesse como um representante da comunidade junto aos governantes, decidindo como representante desses, com o advento do império romano os magistrados se tornaram funcionários do governo; tal situação permaneceu durante a idade média, com os reis montando seus tribunais e escolhendo

direitos e os imperativos de eficácia da economia, entre a ordem legal que promete igualdade e a realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação. Aporia que, nos tempos que correm, diz respeito também à disjunção entre as esperanças de um mundo que valha a pena ser vivido inscrita nas reivindicações por direitos e o bloqueio de perspectivas de futuro para maiorias atingidas por uma modernização selvagem que desestrutura formas de vida e faz da vulnerabilidade e da precariedade formas de existência que tendem a se cristalizar como único destino possível.

seus juízes, de alguma forma, tal conformação solidificou e espalhou-se, com suas peculiaridades locais por todos os Estados Nacionais que surgiram no arrebol da idade média. (Ibid., 2008, p. 78)

Assim, a ideia de que há uma separação entre sociedade civil e Estado é reforçada e, nesta dicotomia: “[...] o Estado estaria por definição, a dar devido enfrentamento/controlado às contradições da sociedade civil, por mais intensas que sejam, isso por meio de suas instituições e sistemas legais. (Mészáros apud Paniago, 2007, p. 92)”.

A estratégia mais evidente da classe dominante está colocada no sentido de consolidar o sistema vigente e cuidar para que permaneçam as condições necessárias à sua reprodução; para alcançar esse fim, foca a manutenção do caráter coercitivo das decisões do Judiciário. Isso se manifesta na notória perspectiva de como a criminalização dos pobres se constitui em estratégia de ação, ainda que revestida do caráter de justiça. Tal entendimento se expressa, nitidamente, na maneira tendenciosa como as decisões são tomadas, sempre enviesadas para o controle dos pobres. Brizola comenta essa condição referindo-se a um “Estado penal” que se avoluma perante a necessidade de contenção da classe pobre, apontando-o no estigma e na criminalização (Brizola, 2012).

De forma que o Estado historicamente dado contribui de maneira decisiva para a determinação das funções econômicas diretas, limitando ou ampliando as possibilidades de algumas contra outras. Da mesma forma o capital exerce sua influência sobre tudo que diz respeito ao Estado; desde os instrumentos rigorosamente repressivos e as instituições jurídicas do Estado, até as teorizações ideológicas e políticas mais mediadas de sua razão de ser e de sua própria legitimidade. (Mészáros apud Paniago, 2007, p. 101)

Recentemente, o Brasil tem assistido a um embate que, em outros tempos, ocorria veladamente, mascarado pelos rituais próprios do judiciário que procurava manter uma fachada de isenção política e imparcialidade em seus direcionamentos, parecendo confrontar projetos políticos e ideológicos distintos. No entanto, com o acirramento da polarização política, o Judiciário brasileiro passa a ocupar as páginas das mídias impressa e virtual. Ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) e juízes do Superior Tribunal de Justiça (STJ) têm uma visibilidade jamais alcançada em quaisquer outros tempos da história brasileira, expondo abertamente que decisões judiciais podem ser enviesadas politicamente, e que estas são potencialmente capazes de impactar direta e fortemente nos rumos para os quais a política nacional passa a ser orientada.

Neste contexto, passou-se a criminalizar também os representantes das classes populares nas esferas decisórias do Estado, inclusive no âmbito da política, numa manifesta tentativa de sufocar as tentativas de dar visibilidade à agenda popular, o que, num contexto de crise, poderia aparecer como ameaça às demandas próprias do capital ou da própria estabilidade de suas formulações.

Assim, juntamente com os setores populares que pudessem aparecer como ameaça ao poder estabelecido, os seus representantes nas esferas de poder que procuravam construir maneiras de resistência, individuais ou coletivas, passaram a sofrer assédios, bloqueios, isolamentos e, no limite das possibilidades, passaram a ser criminalizados.

Após o golpe de Estado que afastou a presidente eleita Dilma Rousseff, uma operação controlada da polícia federal acompanhou passo a passo uma ação em que o novo presidente da República Michel Temer acertava com pessoas valores e locais num esquema de corrupção; todas as provas foram colhidas, inclusive o dinheiro e a mala (Congresso em Foco, 2019). Temer concluiu o mandato, nada de relevante aconteceu com ele, mas o processo continuou tramitando na Justiça. Sem muita publicidade, não surtiu efeito e não mais houve destaques na grande mídia nacional a respeito, assim como outros processos dessa natureza seguem, sem alarde, de forma que ninguém sabe quando ou se haverá alguma condenação. Possivelmente, irão se arrastar por décadas, ocultos na procrastinação processual, até prescreverem.

Contrastando com acontecimentos dessa ordem, encontramos manchetes como “STJ marca julgamento relâmpago de Lula sem avisar defesa” (STF..., 2020) publicada no site Consultor Jurídico (Vidal, 2020). Escancara-se que a justiça para Lula aconteceu de forma diferente: no período de aproximadamente um ano, foi condenado em duas instâncias, viu o parecer do Supremo sobre prisão em segunda instância ser alterado, não teve direito a contraditório, prazos, recursos – que foram sistematicamente negados – sem que houvesse alguma prova contundente, tudo baseado em “possíveis evidências secundárias”.

No bojo do que ocorreu depois desses acontecimentos, Lula foi impedido de se candidatar nas eleições seguintes; um governo com características identificadas com a ultradireita conservadora assumiu; deu-se um processo de desmonte das políticas sociais e o Brasil passou a viver uma crise institucional marcada pelo desrespeito às convenções adotadas que pareciam garantir o ordenamento jurídico e as bases da governança estatal, que ameaçaram abalar não somente a democracia brasileira como até as bases da conciliação entre os poderes constituídos. As manchetes dos jornais estamparam em 9/9/2021:

O presidente *Jair Bolsonaro* almoçou nesta quinta-feira com o ex-presidente da República *Michel Temer* (MDB), em Brasília. O encontro foi motivado

pela crise institucional entre os poderes, agravada pelos *ataques de Bolsonaro nos discursos do 7 de Setembro*. Segundo apurou a TV Globo, Bolsonaro não apenas convidou Temer, como enviou um avião da frota presidencial para buscar o ex-presidente em São Paulo. O voo chegou à capital federal por volta das 11h30. A reunião durou cerca de quatro horas, no Palácio do Planalto, e terminou por volta das 16h15. (Ortiz, 2021)

Seria mesmo coincidência que os protagonistas envolvidos em um processo político-jurídico, do qual as situações citadas são apenas recortes, estivessem se consultando publicamente na busca da manutenção de um mínimo consenso para manter a nova ordem por eles estabelecida?

Seriam interesses apenas do âmbito de fazer Justiça que motivaram embates calorosos e enfrentamentos políticos como vistos em tempos recentes, em torno da indicação presidencial para ministros do STF? Um artigo publicado no jornal *Correio Brasiliense* já sinalizava esta tensão:

O presidente Jair Bolsonaro (PL) usou a *aprovação* do nome de André Mendonça para o Supremo Tribunal Federal (STF) para mandar um recado ao eleitorado. “Quem for eleito em 2022 indicará mais dois ministros” para a corte. (Medeiros, 2021)

A partir de fatos como estes, torna-se possível a compreensão daquilo que Brizola (2012) apresenta quando afirma “[...] o Estado lança mão do aparato Policial e do Judiciário no sentido de conter as “classes perigosas”. (Brizola, 2012, p. 129).

Num claro desvirtuamento das funções que seriam, legalmente, atribuídas para si, o Judiciário torna-se o braço do Estado e da sociedade para tratar dessas questões. Suas respostas passam a se restringir a ações pontuais e repressivas, as quais provocam mais exclusão e estigmatização, retroalimentadas num viés notadamente político, distanciando-se da perspectiva técnica. Tal situação é preocupante, pois, aparentemente de forma disseminada, boa parte da população apoia esses direcionamentos. Bourdieu (2005, p. 237) infere que no Judiciário:

Impera o poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. Poder quase onipresente, que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), que só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário [...]. Magia bem sucedida no sentido de que, o Direito cumpre uma função ideológica e política, através da sua dimensão simbólica, com a afirmação de uma ilusão de igualdade de todos perante a lei.

Nessa perspectiva, quando da manifestação dos juízes nos processos, podemos dizer que têm o poder de falar e agir em nome do grupo, ou seja, têm o poder de produzir o discurso que é próprio da corporação.

Pocay e Alapanian (2006) afirmam que, por intermédio do Judiciário, a legitimidade da decisão dos juízes é reconhecida, consolidando-se como um modo de apaziguar as reivindicações legítimas das classes subalternas com suas demandas e necessidades reais. No entanto, tais decisões podem estar expressando – por meio da linguagem retórica e autônoma, da aparente impessoalidade, neutralidade e universalidade – a ideologia do grupo dominante.

Assim, a atuação do magistrado passa a consagrar a ordem estabelecida ao empregar uma visão do grupo dominante que o influencia, isto é, a visão do Estado, garantida pelo Estado por intermédio do Poder Judiciário (Bourdieu, 2005, p. 238).

O Direito é assim, a forma por excelência do poder simbólico de nomeação, que cria as coisas nomeadas e, em particular, o Direito é a forma por excelência do discurso atuante, capaz, por sua própria força, de produzir efeitos. Não é demais dizer que o Direito faz o mundo social, mas com a condição de não se esquecer de que ele é feito por este. (ibid., p. 239)

A crise atual tem acirrado as disputas entre diferentes ideologias que, em outros tempos, pareciam ocorrer dentro de uma ordem e de regras acordadas entre capital e trabalho, ainda que de forma abstrata, subentendida, com base construída a partir de uma aparente estabilidade que se estabeleceu em certo período da história que decorre seguindo o fim da Segunda Guerra Mundial. Durante boa parte do século XX, principalmente no transcorrer da segunda metade, o mundo experimentou a ascensão do capitalismo, que trouxe no seu lastro um pacto social marcado pela conquista de direitos por parte da classe subalterna.

Tais conquistas se deram por meio das pressões dos movimentos sociais e da união dos trabalhadores em seus sistemas representativos. A materialização dessas conquistas se deu, principalmente, no campo das políticas sociais mediante acesso à educação, à saúde, aos direitos trabalhistas. Isso ocorreu enquanto a expansão do capital permitia tais concessões sem ameaçar as estruturas de poder ou de dominação:

O pacto keynesiano³ se funda na institucionalização das demandas do trabalho, deslocando o conflito para o interior do Estado. Neste espaço, há uma forte tendência à segmentação das demandas, bem como de tecnocratizar questões econômico-políticas, despolitizando-as. (Brizola, 2012, p. 134)

Enquanto os pressupostos keynesianos tiveram lugar na formulação de políticas econômicas, o Estado de Bem-Estar Social – que se consolidou, sobretudo, nos países centrais, principalmente na Europa Ocidental – pautou-se pelo princípio da universalidade, pela desmercadorização dos direitos sociais e pelo pleno emprego (ibid.), possibilitando aos Estados conter o ímpeto das classes subalternas mediante a formulação de políticas de proteção social.

Rightheti e Alapanian (2006) explicam que com a ampliação das funções do Estado no período intervencionista, o Poder Judiciário, como parte da estrutura do Estado, também ampliou suas funções e passou a atuar como mais um mecanismo de garantia da redução das desigualdades sociais. Nesse período, houve ampliação dos direitos sociais e alargamento das possibilidades de acesso das pessoas à Justiça.

Mészáros, ainda que não defenda o modelo, assumindo postura crítica, explica que o Estado moderno é tido como espaço de mediação para a solução das dificuldades e contradições inerentes ao sistema do capital, e portanto, um agente de reconciliação. (Mészáros apud Paniago, 2007). Ele reconhece os fundamentos dessa ideia como baseados no postulado kantiano de um Estado como agência de paz perpétua ou, como concebido pelos idealistas alemães, um Estado que incorpora a imagem e a realidade da razão.

No entanto, Mészáros explica que o modelo de um Estado estável, que pudesse alcançar uma possibilidade de conciliação é uma ilusão que se manteve durante a fase expansiva do capital, pois nela os defeitos estruturais do sistema puderam ser atenuados por meio da intensificação da produtividade e do deslocamento das contradições internas a outros espaços ainda não incorporados

3. Tratava-se de uma nova macroestrutura socioeconômica capitalista cuja marca decisiva foi a forte presença estatal em termos normativos e também como esfera (ramo) da produção (Estado planejador e produtor) articulada à nova forma de controle social, assentado no *Welfare State*, principalmente nos países centrais. Essa acentuada inflexão relacionada às atribuições socioeconômicas do Estado capitalista baseou-se em dois elementos fulcrais: o inquestionável aparato de regulação com o propósito principal de enquadramento do capital financeiro e seu direcionamento para o financiamento da produção por intermédio do planejamento, considerado necessário à própria dinâmica do capital naquele momento histórico; a acomodação das contradições entre capital e trabalho mediante certas concessões, por parte do capital, aos trabalhadores dos países centrais (compromisso keynesiano-fordista ou estratégia de harmonização) e forte coerção, por parte das ditaduras militares, dos frágeis movimentos operários dos países periféricos (Balanco, 2007).

pelo sistema produtivo dominante. (Paniago, 2007). Nesse contexto, o Estado Moderno, para Mészáros, existiria para desenvolver uma ação corretiva dos antagonismos estruturais – não no sentido de eliminá-los, mas, ao contrário, para mantê-los sob controle.

No momento em que tais antagonismos se mostrassem insolúveis, acirrando a crise, o acordo tácito que manteria um equilíbrio de forças dentro de certas regras estabelecidas, conseqüentemente, poderia ser desconfigurado:

Essa dinâmica, a depender das circunstâncias históricas, principalmente nos momentos de crise, passa a exigir uma intervenção cada vez mais impositiva e autoritária, como garantia do controle requerido pelo desenvolvimento expansionista do capital. (Mészáros apud Paniago, 2007, p. 96)

A partir da década de 1970, com a ascensão da hegemonia das políticas neoliberais, intensificaram-se as crises do capitalismo mundial, que esvaziaram o poder de o Estado continuar mantendo o pacto firmado com as classes proletárias. O fenômeno da concentração de capitais e o desemprego crescente gerado pelas inovações tecnológicas agravaram a “questão social”, e o choque entre os interesses de classes fugiram da esfera de controle do Poder Judiciário, visto que este mesmo sistema se viu obrigado a criar e aplicar leis que resguardassem a propriedade privada e limitassem o atendimento às reivindicações dos trabalhadores (Alapanian, 2008).

Rightheti e Alapanian (2006) comentam que, na contemporaneidade, ante o crescente corte nos gastos públicos e a ampliação do processo de exclusão social, o Poder Judiciário encontra-se numa encruzilhada, vendo-se às voltas com os limites do Estado de garantir à população o cumprimento das leis conquistadas, ou seja, as condições de aplicabilidade e efetividade dos direitos adquiridos correm o risco da própria reversão, da negação, em termos práticos, da garantia das proteções concedidas legalmente aos mais desfavorecidos.

Neste novo cenário, os choques entre os interesses das classes tornaram-se cada vez maiores, conduzindo à progressiva desconfiança referente à aplicação das leis como critério de justiça, uma vez que não dispõe de meios para possibilitar a viabilização de direitos sem chocar-se com a própria estrutura de manutenção do Estado perante os litígios inerentes a contextos socioeconômicos cada vez mais complexos. O Poder Judiciário, então, é forçado a assumir funções inéditas e incompatíveis com a estrutura jurídica típica do Estado liberal.

Paniago (2007) explica que com a crise estrutural e o estreitamento da margem de manobra do capital para contornar as contradições acumuladas com o fim de sua fase de expansão, a ação política é cada vez mais solicitada, manifestando-se por meio da intervenção legislativa em detrimento das condições de trabalho ou

em prejuízo para os trabalhadores e do uso mais frequente de forças repressivas contra opositores do sistema. Fica claro que, conforme apontava Mészáros, existe a tendência de que haja um recrudescimento nos movimentos de controle social por parte da aliança Estado-capital:

O mais provável é continuarmos afundando cada vez mais na crise estrutural, mesmo que ocorram alguns sucessos conjunturais como aqueles de uma relativa reversão positiva no devido tempo de determinantes meramente cíclicos da crise atual do capital. (Mészáros apud Paniago, 2007, p. 101)

Evidentemente, eventuais sucessos conjunturais em nada aliviam o peso da crise estrutural que interfere na definição das perspectivas futuras do sistema de capital. Paniago (2007) afirma que as tentativas para resolver contradições insustentáveis do sistema, a longo prazo, apenas agravam a sua dimensão:

As várias soluções tentadas podiam, por períodos mais longos ou mais curtos, apenas aliviar temporariamente o desemprego de massa. Ao fim, os remédios keynesianos tiveram que ser rejeitados nos países capitalistas avançados do ocidente, quando os custos começaram a se tornar inadmissíveis. Contudo as soluções monetaristas alternativas tentadas após a fase keynesiana com enorme zelo e grande entusiasmo político, tanto pelos governos trabalhistas como por seus rivais conservadores, se mostraram um fracasso não menor que as predecessoras. (Ibid., p.102)

Em face de tal crise, com a necessidade de o Estado manter sua condição de parceria com o capital e controle das suas contradições com a sociedade civil, da qual fala Mészáros, e somando-se a ideia de que a finalidade do Estado é a própria preservação – sendo que, para tanto, o poder político necessita de “Poder” para comandar, o que implica até mesmo o poder de punir os que lhe servem de ameaça (Alapanian, 2008) –, surge a necessidade de que a ação estatal esteja revestida de uma legitimidade reconhecida pela sociedade civil, que possa ser controlada e, ao mesmo tempo, que provoque a sensação de justiça. Neste sentido, Faria (2001) explana que o Estado tem sua autonomia decisória comprometida em função do capital transnacional e, como parte da estrutura do Estado, o Poder Judiciário se vê prejudicado em seu poder de decisão.

Righethi (2006) esclarece que o papel do Judiciário não se desliga do contexto amplo em que se desenvolve a crise do Estado e nem do contexto internacional em que ela se insere. Vivenciando tal crise, o Poder Judiciário apresenta dificuldades em garantir direitos sociais, pois delibera, prioritariamente, em favor dos interesses do capital. Essa limitação tem sido observada constantemente no

interior do próprio Estado, uma vez que Executivo e Legislativo deliberam em ambiente contraditório em que forças populares se embatem com interesses capitalistas, propondo políticas sociais que não são efetivadas na prática, tornando-se demandas judiciais, colocando em xeque sua organização por intermédio da divisão de poderes. Vale ressaltar que esse embate interno ao Estado tem gerado conflitos que, às vezes, parecem ameaçar a preservação do próprio sistema.

Reitera-se, portanto, que o ambiente de crise, com o acirramento da “questão social”, traz novas demandas e desafios para o Judiciário, que para exercer de forma eficaz seu papel tem o desafio de não desestabilizar o modelo de dominação capitalista e, ao mesmo tempo, promover justiça. Segundo Bourdieu, neste momento:

O judiciário, para exercer sua função, de maneira a apaziguar as classes, dando a sensação do fazer justiça, e, ao mesmo tempo, estar localizado ainda como um poderoso braço do poder político para a reprodução e manutenção do ideário do capital representado pelas classes dominantes; o poder simbólico de que é investido o judiciário, se expressa de maneira impessoal e técnica. Através de protocolos, formas e linguagem técnicas são mascaradas as limitações do judiciário em promover equidade diante dos apelos internos vindo das pressões políticas. (Bourdieu, 2005, p. 245)

Para que esses processos internos efetivem e produzam os efeitos desejados para o conjunto dos interessados nas soluções determinadas pelo judiciário, questões cruciais, relativas à justiça social, passam a ser tratadas com um diferencial: o da linguagem técnica, dos tramites burocráticos, com assuntos passando do Legislativo, para o Executivo (e vice-versa) com aval do Judiciário. Num cenário como esse, as classes dominantes, com poder de influência sobre o Estado, conseguem se apropriar dele, ainda que parcialmente, tendo acatadas suas demandas com celeridade. Já os anseios da classe proletária caem nas morosas fileiras do Judiciário, na tentativa de conseguir a efetivação de seus direitos pela via judicial.

Faria (2001) compreende que a execução dessa estratégia de despolitização dos conflitos e sua posterior repolitização controlada mostra-se como uma ordem burocrática estatal intrincada na forma de normas crescentemente indeterminadas e conceitualmente abstraídas, sob a fachada de um formalismo jurídico dotado de funcionalidade legitimadora voltada à articulação, à negociação e ao ajuste dos interesses para conciliação das demandas de grupos sociais e frações de classes mais mobilizadas, portanto, com maior poder de pressão:

Esses trâmites, dentro dos poderes do Estado nem sempre acontecem de forma consensual ou fácil, isso devido às forças em litígio dentro de suas

próprias instituições⁴, por isso, seja em virtude do conflito de competências entre os três poderes, seja porque o judiciário atua num patamar de complexidade técnico-jurídica maior de que a do legislativo e do executivo seja pela resistência de determinados setores da sociedade à revogação dos direitos fundamentais e sociais pelos processos de desregulamentação, deslegalização e desconstitucionalização; o fato é que, quanto mais contraditório é esse cenário, mais o Poder Judiciário acaba sendo levado ao centro das discussões políticas e tem de assumir papéis inéditos de gestor de conflitos e, terá dificuldades para decidir. (Faria, 2001, p. 15)

Num viés político, o Estado passa a tecnificar questões relativas ao enfrentamento da “questão social”, convertendo reivindicações de partidos, grupos profissionais, associações e movimentos populares em demandas econômicas. Com essa estratégia, busca mediar os interesses das classes em luta pelo controle do fundo público estatal – embate que acontece mediante proposição de políticas sociais e econômicas –, transformando as demandas em problemas administrativos, com o objetivo de trazê-las para o interior dos seus anéis burocráticos a fim de melhor controlá-las, dificultando ou até negando acesso ao direito para considerável parte da população.

O Judiciário, desta maneira, acaba adotando uma estratégia peculiar: respalda-se na aparente neutralidade técnica. Assim, procura aliviar a sobrecarga das categorias jurídicas tradicionais e demais instituições (Executivo e Legislativo) deflagrada por pressões populares que se expressam em manifestações de rua, no sufrágio universal que leva seus representantes às esferas de poder, acirrando a crise interna que as instituições não podem suportar, sob o risco de comprometimento da funcionalidade do sistema jurídico como um todo:

A força operativa desses expedientes retóricos, através do liberalismo jurídico-político e de sua ênfase à noção de liberdade tutelada pela lei, se torna dos mais importantes estereótipos políticos do mundo moderno e contemporâneo. Em meio aos conflitos de interesse e à luta pelo poder, esse estereótipo político é o pano de fundo em que as aparências descritivas envolvem, manipulam e escondem emoções, mas que, no entanto, permitem aos governantes

4. Estes litígios estão relacionados às lutas entre os diversos partidos que compõe o legislativo que representam os interesses que dão suporte às suas legendas; bem como às alianças políticas que são feitas em nome da governabilidade e que, no entanto, cristalizam a luta interna dentro das esferas próprias do executivo, por um espaço decisório maior e da apropriação dos espaços de Poder.

conquistar a adesão dos governados aos valores prevalecentes, isto, pela força mágica dos elementos significantes, em detrimento das significações. (Bourdieu, 2005, p. 237)

Ao produzir um efeito de aceitação quase naturalizado de que a ordem, da forma como está estabelecida, é necessária e propõe condições igualitárias para que as forças da sociedade tenham um embate justo – sendo que o resultado final pode pender para um ou para outro lado apenas pela competência como cada um se coloca na luta pelo atendimento de suas demandas –, a classe dominante se impõe como vitoriosa. Assim, a verdadeira condição de desigualdade e dominação de uma classe sobre a outra é escamoteada, com o Judiciário assumindo a posição onipotente em face da acomodação das demandas sociais devido a suas determinações, arrefecendo a intensidade das reivindicações populares.

O fato é que, por detrás das instituições chamadas democráticas do Estado de Direito, encontram-se forças contraditórias, representantes dos interesses da classe detentora do controle do capital e, concomitantemente, das classes populares exigindo atendimento a suas demandas. Essa desigualdade se expressa por meio de complexos expedientes que atuam nas esferas estatais e dão forma às relações entre os atores dos sistemas de poder e seus usuários. Como visto, estas se materializam no Judiciário, mediante a impessoalidade e violência institucional, sendo mais nítidas quando os poderes estatais não são capazes de gerir as demandas suscitadas pelo agravamento da “questão social”. Perante este agravamento das demandas oriundas desse novo momento, observa-se que:

Esta é a questão que se encontra no fundo do que se chama “a crise do poder judiciário”, que nada mais é, a nosso ver, do que a expressão dos limites do sistema jurídico, incluindo os órgãos de operacionalização, em administrar as sequelas da crise social que no capitalismo monopolista se aprofunda continuamente... diante da impossibilidade de resolver esses problemas que se expressam como problemas individuais, mas são em realidade profundos problemas da sociedade como um todo, impõe-se o reconhecimento da falência das estruturas de operacionalização do direito. (Alapanian, 2008, p. 96)

Tais condições são concretas, vivenciadas pelas classes subalternas quando necessitam buscar seus direitos pela via judicial, evidenciando-se de modo mais marcante quando da violência institucional percebida nas decisões tomadas no âmbito desse Poder, pois criminalizam aqueles que, eventualmente, na luta pelos seus direitos ou pelos direitos de uma classe, aparecem numa posição de ameaça à hegemonia existente.

No Judiciário, marcadamente, são reproduzidas relações carregadas de parcialidade e violência institucional que podem ser percebidas no trato dispensado aos que procuram a Justiça de acordo com a ordem e os rituais estabelecidos pela doutrina legal, mas cujos direitos pleiteados teriam potencial para desestabilizar a ordem constituída – seja política ou economicamente.

Essas relações refletem os desdobramentos das tensões existentes no aparato estatal e, conseqüentemente, no Poder Judiciário; são fruto da luta entre as classes sociais na busca da hegemonia pelo controle do Poder com vistas à reprodução do modelo de dominação de uma classe sobre outra.

Ante tal cenário, vale reiterar que a cultura brasileira, mesmo que simbolicamente, encontra bases consistentes na ideologia ocidental, cujo pensamento está fundamentado na tradição judaico-cristã e na acumulação burguesa, espelhada ainda na realidade do Estado Brasileiro, forjado nos moldes da elite colonizadora dominante, detentora do capital e do poder político (Fávero, 2007). Com estas características ainda não superadas, não se pode pretender que o sistema político estabelecido proponha garantia da equidade ou da justiça.

Um artigo publicado na *Folha de São Paulo* trouxe a seguinte manchete: “Para a reeleição de Maia e Alcolumbre, ou se muda ou se desobedece a constituição”. Logo no início, encontra-se a seguinte frase: “Há juristas que levam o direito a sério. Há juristas que levam o Poder a sério” (Mendes, 2020). A força dessa declaração resumiria, com muita propriedade, a discussão aqui proposta, pois o articulista detalha relações incestuosas entre o Poder e a Justiça, citando políticos e magistrados. O que se percebe, é que, na tentativa de garantir a paz social, o poder dominante usa da força e das leis com o objetivo de garantir seus interesses, ou seja, em essência, o Estado demonstra seu caráter impositivo, alheio à vontade do indivíduo, impondo condições e regulações para a manutenção da ordem.

Faria (2001) ratifica que, com a ascensão do neoliberalismo como modelo econômico hegemônico global e seus rebatimentos no Estado Democrático de Direito, a cidadania, isto é, a garantia dos direitos individuais e políticos, passa a ser vinculada à posição do indivíduo no mercado. Em tempos de prevalência do modelo neoliberal, o Estado tornou-se um parceiro regular e autêntico do mercado⁵ (ainda que se possa questionar a legitimidade de tal condição), assumindo

5. Segundo Wind (1998), o mercado globalizado – caracterizado pela ausência de fronteiras, empresas sem pátria e produtos sem nacionalidade – enfoca novas diretrizes para a atuação empresarial, tais como criação de valor, flexibilidade e aprendizagem, tecnologia da informação, multifuncionalidade e formação de redes a partir do estreitamento dos relacionamentos intra e interorganizacionais. Echeveste (1999) afirma que essas organizações, empresas transnacionais, devem desenvolver

o papel de governar desde que o faça numa qualidade que não a de Estado soberano – uma vez que, ao fazê-lo, necessite participar, ainda que idealmente, num estatuto semelhante ao dos demais parceiros do mercado (Santos, 2005). Nesta qualidade, o Estado não está propriamente ausente, mas em dissonância com os princípios da soberania e da independência a ele associados. Os governos passam a ser economicamente submetidos a um mercado global, impessoal e transnacional, sujeitos às suas demandas.

Escancara-se, portanto, a percepção de Paniago (2007) de que o Estado moderno não apenas contribui de modo significativo para a formação e consolidação de todas as grandes estruturas reprodutivas da sociedade e para seu funcionamento ininterrupto, mas também se torna a base constitutiva do desenvolvimento e manutenção da lógica do capital, agindo tanto proposital como reativamente para que tal condição se mantenha numa perspectiva *ad infinitum*.

Fica exposto o dilema: se o Judiciário, assim como o Executivo e o Legislativo, encontra-se comprometido com a lógica da dominação do capital, aparecendo como elemento constitutivo e legitimador desta lógica, como elemento fundamental para o funcionamento dos mecanismos de reprodução desse sistema, se a sua atuação se evidencia mais visivelmente quando a relação desproporcional de forças do Estado para com a sociedade civil parece atingir pontos extremos – por vezes no limite da capacidade da manutenção da estabilidade social ou da manutenção do “acordo” tácito entre as classes –, como esperar que a justiça venha a ser efetivada dentro de suas fileiras?

um entendimento mais sofisticado das diferenças culturais que marcam suas interações no ambiente global. Esse mercado concentra a maior parte da riqueza mundial, que já não está nas mãos de nações, mas é controlada por corporações transnacionais.

REFERÊNCIAS

- ALAPANIAN, S. (2008). *Serviço social e poder judiciário: reflexões sobre o direito e o poder judiciário*. São Paulo, Veras.
- BALANCO, P. (2007). Os anos dourados do capitalismo: uma tentativa de harmonização entre as classes. *Revista Pesquisa & Debate*, São Paulo v. 18. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/pos/ecopol/downloads/edicoes/\(31\)paulo_balanco.pdf](http://www.pucsp.br/pos/ecopol/downloads/edicoes/(31)paulo_balanco.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2018.
- BOURDIEU, P. (2005). *O poder simbólico*. 8 ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.
- BRASIL (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil*.
- BRIZOLA, E. (2012). Estado penal, criminalização da pobreza e serviço social. *Revista SER Social*, Brasília, v. 14, n. 30, jan./jun. Disponível em: <http://www.seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/7441/5749>. Acesso em: 2 maio 2018.
- CHAUÍ, M. (1994). *O que é ideologia*. São Paulo, Brasiliense.
- CONGRESSO EM FOCO (2019). MPF pede condenação de “homem da mala” de Temer. *UOL*, 10 jan. Disponível em: <<https://congressoemfoco.uol.com.br/corruptao/mpf-pede-condenacao-de-homem-da-mala-de-temer/>>. Acesso em: 20 out. 2020.
- ECHEVESTE, S. et al. (1999). Perfil do executivo no mercado globalizado. *Revista de Administração contemporânea*, Curitiba, v. 3, n. 2, May/Aug. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rac/a/J5hCYQ4tNzykHvyGQDNLYmw/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 abr. 2018.
- FARIA, J. E. (2001). O Poder Judiciário nos universos jurídicos e sociais. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, ano XXII, n. 67.
- FÁVERO, E. T. (2007). *Questão social e perda do poder familiar*. São Paulo, Veras.
- LÊNIN, V. I. (2011). *O estado e a revolução*. Introdução de Francisco Mauri de Carvalho Freitas. Campinas, FE/Unicamp.
- MACHADO, L. M. O. (2012). *Controle social da política de assistência social: caminhos e descaminhos*. Porto Alegre, ediPUCRS.
- MEDEIROS, I. (2021). Com Mendonça no STF, Bolsonaro avisa: “Quem for eleito em 2022 indica mais dois”. *Correio Braziliense*, 9 dez. Disponível em: <<https://www.correio braziliense.com.br/politica/2021/12/4969624-bolsonaro-quem-for-eleito-em-2022-indica-mais-dois-para-o-stf.html>>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- MELO, A. J. P. S. (2006). “Montesquieu: o diálogo necessário”. In: ALMEIDA FILHO, Agassiz. *Tempo da Ciência*. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/tempodaciencia/issue/view/196/showToc>>. Acesso em: 1 maio 2018

- MENDES, C. H. (2020). Para reeleição de Maia e Alcolumbre, ou se muda, ou se desobedece a Constituição. *Folha de S. Paulo*, Opinião, 29 set. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/conrado-hubner-mendes/2020/09/para-reeleicao-de-maia-e-alcolumbre-ou-se-muda-ou-se-desobedece-a-constituicao.shtml>>. Acesso em: 20 out. 2020.
- MONTESQUIEU, C. de S. (1979). *O espírito das leis*. 2 ed. São Paulo, Abril Cultural.
- ORTIZ, D. (2021). Bolsonaro manda avião buscar Temer em SP para conversa sobre crise institucional. *G1*, Política, 9 set. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/09/09/bolsonaro-almoca-com-ex-presidente-michel-temer-em-brasilia.ghtml>>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- PANIAGO, M. C. S. (2007). *Mészáros e a incontrolabilidade do capital*. Maceió, Edufal.
- POCAY, M. C. H. e ALAPANIAN, S. (2006). A Apropriação do saber profissional do assistente social pelo Poder Judiciário. *Serviço social em revista*. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v8n2_maria.htm>. Acesso em: 17 out. 2018.
- RIGHETHI, C. S. e ALAPANIAN, S. (2006). O poder judiciário e as demandas sociais. *Serviço social em revista*. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v-8n2carmen.htm>>. Acesso em: 12 mar. 2014.
- SANTOS, B. S. (2005). A crítica da governação neoliberal: O Fórum Social Mundial como política e legalidade cosmopolita subalterna. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, out. Disponível em: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/governacao_neoliberal_RCCS72.PDF>. Acesso em: 25 abr. 2015.
- SOUZA, J. M. A. (2010). Estado e sociedade civil no pensamento de Marx. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 101.
- STJ marca julgamento relâmpago de Lula sem avisar defesa (2020). *O cafezinho*, abr. Disponível em: <<https://www.ocafezinho.com/2020/04/23/stj-marca-julgamento-relampago-de-lula-sem-avisar-defesa/>>. Acesso em: 20 out. 2020.
- TELLES, V. S. (2013). *Questão social, afinal do que se trata?* Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v10n04/v10n04_10.pdf> Acesso em: 30 abr. 2014.
- VIDAL, D. (2020). Fischer inclui processo do triplex em sessão virtual sem avisar defesa de Lula. *Consultor Jurídico*, 22 abr. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-abr-22/fischer-inclui-triplex-sessao-virtual-avisar-defesa-lula>>. Acesso em: 20 out. 2020
- WIND, J. (1998). “Towards a new marketing paradigm”. In: Winter Marketing Educators Conference. AMA.