

ESTADO NEOLIBERAL E CONTRARREFORMA DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

NEOLIBERAL STATE AND COUNTERMEASURES OF SOCIAL WELFARE AND HEALTH POLICIES

Lúcio Willian Mota Siqueira 1

Resumo: O presente artigo tem como objetivo analisar e discutir as contrarreformas das políticas de assistência social e saúde a partir do marco histórico da Constituição Federal de 1988. Percebeu-se que, com a incorporação do projeto neoliberal na condução do desenvolvimento nacional, o ajuste fiscal imposto ocorreu em três etapas que se conectam, sendo: a 1ª etapa com os governos de Collor e FHC; a 2ª etapa com o chamado governo democrático-popular de Lula e Dilma; e a 3ª etapa do ajuste fiscal iniciada com a ascensão de Temer ao governo. Buscou-se evidenciar nesse percurso histórico as sucessivas investidas e tentativas de promover 'reformas' nessas políticas, a fim de apontar ao leitor a ocorrência de governos dentro dos mesmos objetivos e que, apesar de suas diferenças dentro do espectro político, possuem a mesma orientação teórico-política neoliberal que enfraquece e precariza as políticas de proteção social.

Palavras-chave: Contrarreforma. Assistência Social. Saúde. Neoliberalismo.

Abstract: This article aims to analyze and discuss the countermeasures of social and health care policies based on the historical landmark of the Constitution promulgated in 1988. It was perceived that after the incorporation of the neoliberal economic project in the conduction of national development the taxes adjustments were imposed in three interconnected stages, being: the 1st stage during Collor and FHC governments; the 2nd stage during the so-called democratic-popular government of Lula and Dilma; and the 3rd stage of fiscal adjustment initiated with Temer's rising to the government. This research sought to highlight in this historical path the successive advances and attempts to promote "reforms" in these policies, in order to point to the reader the occurrence of governs within the same goals and who, despite their differences in the political spectrum, have the same neoliberal theoretical-political orientation that makes social protection policies more precarious and weak.

Keywords: Countermeasures. Social Assistance. Health. Neoliberalism.

Contrarreforma do Estado e das políticas sociais: governos Collor e FHC

Após anos vividos sob o regime de ditadura autocrática burguesa, o processo de redemocratização é sinalizado pela pressão e luta dos movimentos sociais rurais e urbanos, eclesiais de base, movimentos populares, partidos políticos e conjunto da classe trabalhadora. A redemocratização brasileira marca um momento histórico de luta pelos direitos sociais e políticas públicas de responsabilidade do Estado – as quais, por sua vez, se materializaram (em maior ou menor medida, dada a tensão de interesses no processo constituinte) na promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988.

A seguridade social brasileira, a partir das chaves analíticas de seguro social (Bismarck – Alemanha, 1883) e lógica social ou assistencial (Beveridge – Inglaterra, 1942), programou, ainda que de forma reduzida, um sistema de segurança social. Portanto, o reconhecimento da saúde e da assistência social como política pública de responsabilidade do Estado é um dos maiores avanços conquistados pela luta e resistência da classe trabalhadora.

Há um alargamento da cidadania que, por sua vez, é construído sobre as bases do aprofundamento da emancipação política dos homens e de sua condição de cidadão perante o Estado. Porém, este movimento de garantir um sistema de proteção social foi arrefecendo e sofrendo derrotas com o rearranjo da burguesia; a potência da classe trabalhadora foi abatida e a luta por transformações estruturais, interrompida. Esse novo rearranjo da burguesia foi necessário para assegurar a continuidade da dominação do capital sobre as conquistas da classe trabalhadora. O movimento Constituinte e as conquistas sociais alcançadas ocorreram no período em que o cenário internacional colocava em xeque as políticas de proteção social do Estado de Bem-Estar Social (NETTO, 1999) tendo como ponta de lança a ideologia neoliberal.

A eleição de Fernando Collor no pleito eleitoral de 1989, vencendo Luís Inácio Lula da Silva (Lula), candidato do Partido dos Trabalhadores (PT), foi expressão necessária promovida pela burguesia para manutenção da ordem e recuperação da estabilidade econômica. Para tanto, propunha as promessas de: controlar o quadro inflacionário originado na ditadura; promover ajuste fiscal (em uma pesada máquina pública); e recuperar a economia nacional – ou seja, elevar a taxa média de lucro do capital e fortalecer o processo de acumulação. Seguiu a ideia neoliberal de “Estado mínimo” difundido à época como modelo capaz de superar a crise mundial.

Foi um governo que se afastou do marco histórico da CF. 1988 e garantiu a hegemonia burguesa dos interesses do capital, ainda que em curto prazo tenha sido desastroso. Iniciou um processo de contrarreformas (GOMES, 2016) das políticas sociais e do trabalho, derruindo as conquistas civilizatórias da classe trabalhadora, e aprofundou a lógica perversa do mercado através da abertura da dinâmica nacional ao capital estrangeiro.

Os interesses da burguesia na recuperação da economia política do capital e fortalecimento de sua legitimidade política não obtiveram o sucesso esperado com Collor. Contudo, no processo eleitoral seguinte, alça a presidência da República o sociólogo Fernando Henrique Cardoso (FHC) do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), derrotando mais uma vez o candidato Lula. O governo do peessedebista consolidou e aprofundou o processo de contrarreformas, atacando os direitos sociais por meio de emendas constitucionais (MARCH, 2012).

É importante pontuar que o conceito de contrarreforma denomina o movimento do capital executado pelo Estado no processo de restrição de direitos. Já o conceito de reforma em seu sentido histórico está organicamente vinculado às lutas da classe subalterna com o objetivo de promover transformações nas relações sociais, assumindo no campo político uma conotação ideológica de cunho progressista e de esquerda (COUTINHO, 2012):

O neoliberalismo busca utilizar a seu favor a aura da simpatia que envolve a ideia de ‘reforma’. (...) Desta maneira, estamos diante da tentativa de modificar o significado da palavra ‘reforma’: o que antes da onda neoliberal queria dizer ampliação dos direitos, proteção social, controle e limitação do mercado etc., significa agora cortes, restrições, supressão desses direitos e desse controle. Estamos diante de uma operação de mistificação ideológica que, infelizmente, tem

sido em grande medida bem-sucedida. (COUTINHO, 2012, p. 35)

O governo de FHC investiu consideravelmente menos em políticas sociais para atender as necessidades dos trabalhadores(as) e não poupou esforços e investimentos para atender aos interesses do capital, como exemplo: a sangria de recursos para rolagem da dívida pública, sucessivas privatizações de empresas estatais essenciais ao desenvolvimento do país e o desmantelamento dos direitos sociais inscritos na CF de 1988:

Nessa conjuntura, a contrarreforma do Estado operada nos países combinou desregulamentação e liberalização financeira com a redução do Estado social a um patamar de garantia do controle da pobreza a níveis toleráveis ao capital, e a garantia máxima dos direitos de propriedade, configurando-se no Estado mínimo para o social e máximo para o capital ou, como nos dizeres de Fontes (2010), um Estado pitbull. (MARCH, 2012, p. 63)

O governo buscou mostrar aos cidadãos que era necessário retomar a autonomia financeira nacional e a capacidade do país em ofertar políticas e serviços públicos de boa qualidade. Para tanto, com base no plano de reforma do aparelho de Estado de Bresser Pereira, foram definidas quais competências caberiam ou não ao Estado brasileiro, entendendo-se afinal pela desobrigação do Estado na prestação de serviços e ações de proteção social, transferindo para a sociedade civil e o setor privado atividades que poderiam ser executadas pelo mercado.

Os serviços públicos foram transformados em mercadorias disponíveis e os cidadãos foram divididos em dois grupos: os cidadãos-pobres, que deveriam buscar em entidades a oferta de serviços sociais; e os cidadãos-consumidores, que poderiam pagar por estes serviços: educação, planos de saúde e previdência privada. Para Faleiros (2003, p. 116), “o governo Cardoso (1995-2002) permaneceu obcecado pela política monetária, pelo ajuste fiscal”, investindo fortemente na flexibilização das leis trabalhistas para retirada dos “empecilhos” da modernização e competitividade das indústrias nacionais, e reduzindo os custos do trabalho para atrair investimentos estrangeiros, desonerando ou diminuindo encargos empresariais.

No ano de 2002, quando apenas 45% dos trabalhadores possuíam carteira de trabalho assinada, operou-se a substituição do trabalho assalariado pelo informal e, “apesar de o Produto Interno Bruto ter registrado uma variação positiva acumulada em 41% de 1989 a 1997, o nível nacional de emprego regular e regulamentado caiu 6,7%, e a taxa de procura por emprego aumentou 77,3%” (POCHMAN, 2000, p. 84). As políticas de desenvolvimento deram o tom do processo dos ajustes e reformas até o fim da década de 1990, período em que tanto o Brasil quanto os demais países da região enfrentaram crises econômicas severas que empobreceram e levaram milhares de pessoas para a situação de miserabilidade, trabalhadores formais para o desemprego e informais de baixa qualificação para o grupo de inempregáveis.

Nas sociedades marcadas pela extrema desigualdade social, a letargia do mercado aprofunda a polarização entre as classes, somando-se aos efeitos negativos que incidem sobre a capacidade do Estado de mobilizar recursos e realizar investimentos que persigam um objetivo efetivamente nacional:

as reformas neoliberais jamais requereram a minimização (do Estado), mas sim uma reconfiguração profunda da ação do Estado em favor de novos interesses e objetivos, que resultou em ganhos extraordinários para os agentes financeiros mais globalizados” (PEREIRA, 2018, p. 2193 – grifos nossos).

As medidas tomadas sob a regência do Estado como contra-tendência visam transferir recursos dos investimentos em proteção social da classe trabalhadora para o pagamento das altíssimas taxas de juros aos capitais via dívida pública. Como mecanismo de melhorar a apropriação

e acumulação do capital financeirizado, promoveu uma política de altos juros, estabeleceu metas de superávit primário, criou a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Desvinculação de Recursos da União (DRU), e isenção do Imposto de Renda da remessa de lucros e dividendos ao exterior.

Todas essas medidas criadas têm o objetivo de favorecer e estimular a rentabilidade do capital e sua valorização, “tornando a dívida pública seu *locus* privilegiado, ou seja, o aumento da dívida pública é a expressão da valorização do capital, do capital fictício” (LUPATINI, 2012, p. 80), o que implica diretamente no desfinanciamento das políticas sociais e do sistema de seguridade.

O governo de FHC, através da Medida Provisória n. 813, de 1º de Janeiro de 1995, cria e implementa, à margem da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o principal programa para o enfrentamento da pobreza no Brasil: o Programa Comunidade Solidária (PCS). Não há neste programa nenhuma noção de direito, ainda que a CF de 1988 e a LOAS de 1993 afirmem a Assistência Social como direito do cidadão e dever do Estado. O último programa social de combate à fome e a pobreza da era FHC foi o Bolsa-Escola, um programa regulamentado pela lei nº 10.219/2001 e pelo decreto de lei nº 3.823/2001, que transferia pequenos recursos para extrema pobreza e impunha a elas a responsabilidade de manter e controlar a frequência escolar dos filhos para ter a garantia da continuidade do recebimento.

Outros ataques às políticas sociais foram tomando forma neste governo. Dois deles merecem destaque, representando o processo de desresponsabilização das funções do Estado para o terceiro setor:

1) criação das Organizações Sociais (OSs) através da Lei nº. 9.637 de 1998, cuja atuação está condicionada a contratos de gestão estabelecidos que conferem autonomia administrativa e financeira com a possibilidade de auferir recursos externos ao Estado. Também é dispensado às OSs a aplicação de concurso público e licitação para aquisição de insumos e serviços;

2) Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), pela Lei nº. 9.790 de 1999. Nasceram com o mesmo esboço das OSs, porém possuem maior abrangência de espaço para o desenvolvimento de suas atividades e intervenções. Ainda que sejam consideradas entidade de direito privado com fins públicos, não substituem o Estado, mas se constituem como um colaborador estatal na prestação de serviços de interesse coletivo.

Essas organizações mostram o grau de comprometimento do governo de FHC com os organismos multilaterais (Grupo Banco Mundial, FMI, BID), pois seguem à risca as orientações desses organismos na criação de mecanismos para que além da reforma das políticas sociais, seja feita uma transformação do imaginário social, pois são convocadas a atuarem nos serviços e ações consideradas “não exclusivas do Estado”. Esvazia-se o sistema de proteção social público, pois atuam de modo ambivalente quando assumem as tarefas das políticas sociais originárias do Estado. Estas organizações possibilitam execução social destas políticas quanto conferem legitimidade à progressiva retirada do Estado (KARIN, 1994).

No setor saúde, as OSs surgem para solucionar os problemas de gerenciamento e organização dos serviços de saúde e garantir a sobrevivência do Sistema Único de Saúde (SUS). Para o governo, o credenciamento e o repasse das atividades para essas entidades “facilitaria e desburocratizaria” os processos. Esse movimento contraria as diretrizes constitucionais da noção de público, alargando os caminhos para a ofensiva expansão da iniciativa privada, orientada pela lógica de mercado.

A contrarreforma da política de saúde seguindo o ajuste fiscal foi desdobrada com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, de setembro de 2000. Tal EC regulamentou e definiu a participação mínima de financiamento exigida em saúde entre os entes federados – União, Estados, Distrito Federal e municípios. A EC/29 traria ganho significativo ao orçamento da política de saúde caso aplicada rigorosamente. Porém, o que se observou nos anos posteriores foi um desfinanciamento da política de saúde em todas as esferas de governo (PIOLA et al, 2013). Foi investido significativamente menos do que o se previa, resultando num déficit histórico no financiamento do SUS.

O governo neoliberal de FHC concebia os direitos de cidadania como algo secundário, de modo a enfrentar a questão social e suas múltiplas expressões a partir da privatização dos serviços sociais para os considerados pobres capazes. Para para os considerados verdadeiramente pobres ações, há a oferta assistencialista, desrespeitando os princípios constitucionais de universalização do acesso às políticas públicas, conferindo robustez ao processo de privatização das políticas de saúde e previdência, bem como da educação.

O que se observa neste período é que o processo de transição democrática com pilares fincados na resistência e luta da classe trabalhadora não conseguiu romper com “a estrutura estatal construída pela ditadura”. Além disso, não solidificou os direitos sociais e as transformações democráticas, pois o grande capital mostrou-se capaz de travá-los por inúmeros ataques através de seus representantes políticos. Assim, foi “no plano do Estado, a sua reforma democrática – com a eleição de Collor de Mello e, notadamente a partir de 1995, tendo por esfera decisiva o próprio Estado e com inteira sincronia ao movimento de reestruturação” (NETTO, 2004, p. 76), que o capital impôs os processos de contrarreformas.

Os governos democrático-populares do PT: entre avanços, retrocessos e permanências

É na conjuntura econômica-social pantanosa deixada por FHC que Lula alcança a presidência da República. A ele é conferida a esperança de alterações significativas nos rumos da política, economia e combate à pobreza. Contudo, ao chegar ao poder, Lula escreve sua *Carta ao Povo Brasileiro* para afirmar seu compromisso com o mercado e acalmar o capital financeiro por meio da produção de superávit primário e pagamento dos juros da dívida.

O primeiro mandato (2003-2006) foi marcado pela contradição entre a estratégia econômica e a estratégia social adotada. O combate à desigualdade social foi a máxima de seu discurso; porém, o enfrentamento da questão social pelo fortalecimento das políticas sociais novamente foi colocado à margem e subsumido pela agenda econômica. Para tentar equalizar as contradições entre política econômica e social, o governo fez a tentativa de promover a participação da sociedade como ente copartícipe da formulação das políticas públicas. Entretanto, nesse movimento de inclusão a dinâmica do governo realiza um transformismo das pautas de luta, fazendo do processo de participação e representação da classe trabalhadora um instrumento esvaziado de seu real significado.

Coutinho (2012), ao analisar o conceito de transformismo em Gramsci, conclui que:

o transformismo como modalidade de desenvolvimento histórico, *acontece* através da cooptação das lideranças políticas e culturais das classes subalternas, *buscando* excluir-las de todo efetivo protagonismo nos processos de transformação social (COUTINHO, 2012, p. 124 – *grifos do autor*).

Assim, o Estado absorve em seu aparato estatal as forças sociais em disputa e, ao absorver as forças antagônicas no aparato social, assume a função de apassivar as organizações dos movimentos sociais e operários.

Para Silveira Junior e Leite (2014) o movimento hegemônico nacional é fortalecido pelas políticas petistas, que fizeram com que o aparato do Estado servisse aos interesses da classe dominante. Lula, ao mesmo tempo em que serve aos interesses da classe dominante, traz para dentro das estruturas do Estado, ainda que de maneira fragmentada, interesses da classe trabalhadora - não com a intencionalidade de acirrá-las dentro dos aparelhos ideológicos do Estado para promover um governo proletário, mas para arrefecer a potência da classe trabalhadora e estabelecer uma conciliação de classes.

Na política de assistência, o governo de Lula, através da criação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, inseriu-se nas discussões e debates do Conselho Nacional de Assistência Social junto dos assistentes sociais na busca de estratégias para retirar a assistência social pública do terreno da caridade e benesse do Estado. Como resultado destes seminários e conferências, foi aprovada no ano de 2004 a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em vigor.

O desenho desta política está fundamentado na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que se volta para a articulação da política em todo o território nacional, das responsabilidades (entre as diferentes instâncias de governo e da sociedade), vínculos e hierarquias, do sistema de serviços, benefícios e ações assistenciais de cunho permanente ou eventual, por meio de uma estrutura político-administrativa descentralizada (PNAS, 2004). A PNAS tem como principal objetivo colocar a Política de Assistência Social num novo patamar, rompendo com os padrões tradicionais pelos quais vinha se desenvolvendo.

O SUAS consolidou mudanças significativas na prestação de serviços socioassistenciais e nos rumos da Assistência Social como política pública. Avançou no conjunto jurídico-normativo com grande potencial para ampliação dos direitos, fortaleceu a participação social e a radicalização da democracia, um espaço de tensionamento econômico e de articulação com as demais políticas sociais (BOSCHETTI, 2005).

Com cautela na análise, é preciso problematizar o papel que cabe à Assistência Social na contemporaneidade, pois a sobrecarga dada a essa política como principal instrumento no enfrentamento da questão social pode conduzir a uma descaracterização da proteção social proposta pela CF de 1988, o que nos coloca em caminhos politicistas. Logo, torna-se um equívoco “atribuir à política de assistência social tarefas que não lhe cabem” (COUTO et al. 2014, p. 72), como sendo a “solução para combater a pobreza e nela imprimir o selo do enfrentamento ‘moral’ da desigualdade” (MOTA, 2008, p. 8).

Quanto às condicionalidades para a permanência das famílias nos programas sociais, como a frequência da criança na escola, e acesso a serviços de saúde, Faleiros (2003) aponta que:

não devem ficar restritos à lealdade política, mas à construção de uma rede efetiva e, a geração de renda deve ser pensada a partir das necessidades e experiências locais dos indivíduos e de forma coletiva e não ter-se em mente a geração de renda programada por burocratas (...) a geração de renda é um processo e não um pára-quadras que cai em cima de um território (FALEIROS, 2003, p. 12).

Na política de saúde, a retomada da bandeira da saúde universal, pública e de qualidade não veio com o governo popular-democrático petista. O que houve foi um novo modelo de pensar a reforma sanitária a partir da ideia de reforma sanitária flexibilizada e, a partir dela, a radicalidade condutora do projeto foi paulatinamente cedendo espaço ao debate da saúde “concebida no interior do campo das ‘possibilidades’, isto é, o SUS possível diante do ajuste neoliberal” (SOARES, 2012, p. 90). A luta da reforma sanitária foi, assim, restringida

ao ‘sistema’ (SUS), limitou-se a questões de financiamento, organização e gestão, reduzindo o seu conteúdo reformista ou revolucionário. O instituído dominou o instituinte (...) e a dialética do menos pior continuou imperando (PAIM, 2009, p. 33-34).

Como absorção de fragmentos da luta histórica da reforma sanitária, o governo materializou as seguintes ações no campo da saúde: atendimento pré-hospitalar móvel, através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED); consolidação e fortalecimento da política de medicamentos genéricos; criação do Programa Farmácia Popular, que beneficiou idosos oferecendo um desconto de até 90% no valor dos medicamentos por meio de subsídio governamental; iniciativas e proposições para a Política de Saúde Bucal por meio do Programa Brasil Sorridente (expandindo de 4.260 equipes em 2002 para 14.244 equipes em 2006); criação de cerca de 500 laboratórios regionais de próteses dentárias e centros de especialidade. Essas ações na política de saúde aconteceram no primeiro mandato do petista (COSTA, 2013; MENICUCCI, 2011; PAIM, 2009).

O petista enfrentou no segundo mandato uma crise internacional do capital iniciada em 2006 nos EUA. Tratou-se de uma crise financeira principiada com as “hipotecas subprime”, e que alcançou o Brasil no início de 2008. Como resposta à crise, Lula acentuou o ajuste nos números

orçamentários e utilizou do fundo soberano nacional para fomentar o consumo das massas populares e facilitar o acesso ao crédito (NEVES; TEIXEIRA, 2018). A estratégia adotada foi capturar parcela do fundo público e apostar na infraestrutura e seu produtivismo como também, na elevação do consumo (POCHMANN, 2011) para as classes populares de menor renda. Como resultado há um enfraquecimento do sistema de proteção social dos trabalhadores.

A política de saúde no segundo governo de Lula é colocada nas bases do denominado “neodesenvolvimentismo sanitário”, com destaque para os incentivos via desonerações e subsídios fiscais ao complexo médico-hospitalar. Para tal ação, o governo petista lança o argumento de que o setor saúde é responsável por movimentar cerca de 8% do PIB nacional (COSTA, 2013). Frente a magnitude de capital em circulação que envolve o setor saúde, o governo cria em 2007 o Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PAC da Saúde), conhecido como Programa Mais Saúde. Este programa foi pensado e materializado com a intenção de movimentar a economia sanitária a partir de alguns pilares, como: emprego e renda e construção de empresas públicas, a exemplo da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás).

O governo Dilma Rousseff segue a mesma linha de seu antecessor. Mantém a centralidade da Política de Assistência Social dentro do sistema de seguridade social a partir das transferências monetárias como sinônimo de proteção social, que não alteram os determinantes da pobreza, mas de suas expressões. O sistema de proteção social dos trabalhadores foi pautado “[...] por posturas restritivas, com adoção de critérios cada vez de maior rebaixamento do corte de renda para fixação da linha da pobreza, para permitir o acesso da população [...] aos programas de transferência de renda” (SILVA, et al., 2007, p. 26).

Há neste caminho adotado para a Política de Assistência Social uma hipertrofia que terminou por vinculá-la, quase que de modo orgânico, à cidadania. Ou seja, a cidadania está vinculada a esta política como meio de fortalecimento do “acesso aos direitos sociais e socioassistenciais”, porém,

[...] os serviços sociais são prestados sob a lógica do trabalho setorizado, o que prejudica os usuários, que acabam também visualizados de forma fragmentada, assim como suas demandas de atendimento, contribuindo para o enfraquecimento da defesa e do acesso aos direitos dos cidadãos (MENDES, 2015, p. 241).

O que se tem operado na proteção social é a “gestão estratégica da pobreza”, que tem por objetivo fortalecer a capacidade dos pobres para superarem a condição de pobreza como sujeitos ativos desse processo. A hipertrofia desta política está mais no campo político do que na proteção efetiva da classe trabalhadora, pois os petistas não realizaram uma transferência de renda efetiva, uma vez que “80% da dívida pública estão em mãos de algo como 20 mil pessoas, as quais, sozinhas, recebem um valor dez vezes maior que os 11 milhões de famílias atendidas pelo Bolsa Família” (PAULANI, 2017, p. 114).

A expansão e fortalecimento dos programas de transferência de renda (PTR) acabaram subsumindo a expansão jurídico-normativa e institucional da Assistência Social, enfraquecendo a estruturação dos serviços de proteção do SUAS, e colocando-o em segundo plano no sistema de proteção social. A política de assistência social ganha centralidade dentro do sistema de seguridade social dado o aumento significativo em seu orçamento, ainda que irrisório se comparado ao PIB e aos recursos destinados ao tripé da seguridade social. Apesar dos poucos recursos, seu crescimento em relação às demais políticas é exponencial, como pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 1- Gasto com a Seguridade Social 2003-2013 (em R\$ milhões)*

Ano	Assistência Social		Previdência Social		Saúde		Total
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	
2003	17.252	4,35%	323.115	81,56%	55.810	14,09%	396.177
2004	24.572	6,52%	297.764	79,04%	54.392	14,44%	376.728

2005	25.722	6,60%	309.473	79,35%	54.830	14,06%	390.025
2006	33.182	7,88%	331.243	78,70%	56.461	13,41%	420.886
2007	37.545	8,21%	358.059	78,34%	61.430	13,44%	457.034
2008	41.489	9,07%	351.041	76,75%	64.825	14,17%	457.356
2009	43.224	9,17%	363.067	77,04%	64.992	13,79%	471.282
2010	49.836	9,51%	402.888	76,86%	71.446	13,63%	524.169
2011	54.712	9,86%	422.153	76,10%	77.860	14,04%	554.725
2012	60.568	10,56%	432.484	75,44%	80.251	14,00%	573.303
2013	64.435	10,71%	455.936	75,79%	81.221	13,50%	601.592
Aumento	273,49%	-	41,11%	-	45,53%	-	51,85%

Fonte: Evilasio Salvador, Brasília: 2014 – Apresentação MDS. Valores deflacionados pelo IGP-DI

O aumento de recursos para a Assistência Social nos leva a identificar sua função ideológica, de caráter subjetivo - uma vez que os valores, ainda que possuam crescimento exponencial, são constituídos de valores pequenos dentro da seguridade e irrisório se comparado ao PIB. O governo faz uso desse aumento para criar no imaginário da sociedade uma reforma moral e social, como se houvesse um rompimento com as bases do passado, ocultando o direcionamento econômico dado pela gestão do PT. Essa realidade se caracteriza pela complexa relação entre o programa Bolsa-Família (PBF) e o SUAS como proteção social. Por um lado, “amplos” recursos são investidos no primeiro; por outro, poucos são destinados ao segundo --- o responsável pelo fortalecimento e estruturação dos serviços socioassistenciais e programa de atenção integral às famílias.

Tabela 2- Distribuição de Recursos pela LOA nos anos de 2014 – 2015 em R\$

	2014	2015	Var %
Bolsa Família	29.845.827.452,00	28.635.787.808,00	-4,05
BPC/ RMV	40.740.905.338,00	43.083.770.571,00	5,75
Total	70.586.732.790,00	71.719.558.379,00	1,60
Prot. Social Básica	1.330.690.234,00	1.014.698.754,00	-23,7
Prot. Social Especial	550.329.036,00	463.857.104,00	-15,71
Total	1.881.019.270,00	1.478.555.858,00	-21,39

Fonte: Elaboração própria- dados do SIAFI/SIOP/SELOR. (Valores deflacionados -IGP-DI)

A rápida análise permite constatar uma desproporcionalidade entre os recursos investidos nos PTR, sendo significativamente superiores, em detrimento das ações relativas à Proteção Social Básica e Especial (PSB e PSE), que compõem os serviços ofertados pelo SUAS. Os recursos da PSB e PSE representaram 2,66% do orçamento dos PTR em 2014 e 2,06% em 2015. Ou seja, o seu fortalecimento não se constitui uma prioridade para o Estado. O SUAS padece de insuficiência aguda de recursos que o permita constituir uma rede de proteção social básica e especial capaz de dar respostas às demandas que lhes são postas. Na comparação entre o orçamento do PBF e da função Assistência Social, temos os seguintes dados:

Tabela 3- Lei Orçamentária Anual - Função Assistência Social em R\$

	2012	2013	2014	2015	Var. %
Assistência Social	68.220.160.017	72.571.546.614	75.290.604.345	73.963.880.431	8,41%
PBF	26.565.255.242	29.214.445.270	29.845.827.452	28.635.787.808	7,79%
BPC/RMV	36.719.250.908	38.471.746.071	40.740.905.338	43.083.770.571	17,33%

PTR/AS	92,76%	93,26%	93,75%	96,96%	94,03%
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Fonte: Elaboração própria com dados do SIAFI/SIOP/SELOR. (Valores deflacionados pelo IGP-DI) *PTR=PBF+BPC/RMV

Os recursos destinados ao PBF, “a menina dos olhos” dos governos petistas, representou, no ano de 2012 – 38,94%, 2013 – 40,25%, 2014 – 39,64% e no ano de 2015 – 38,71%, dos recursos pagos à função Assistências Sociais. Observa-se que, no período analisado, houve um aumento expressivo no investimento para ambas: para a Assistência Social em 8,41% e para o PBF em 7,79%. Quando o PBF é somado ao BPC/RMV, o orçamento dos PTR representa a média de 94,03% do orçamento total da Assistência Social, e o restante é dividido para a estruturação e fortalecimento do SUAS, manutenção do MDS, operação de dados e demandas judiciais.

Na Política de Saúde, o governo Dilma também continuou com a política de contrarreforma para o setor saúde e secundarizou o projeto social da Reforma Sanitária, conferindo maior espaço ao projeto privatista da saúde pensado pelas grandes empresas privadas do setor. Há nesse período um processo de retrocesso sanitário claramente promovido pelo transformismo dos movimentos sociais e da crise de direção política, isto dada a alta burocratização incrementada.

A exemplo do retrocesso e da permanência do subfinanciamento do setor no ano de 2012, aconteceu a regulamentação e consolidação dos percentuais mínimos de investimento dos entes da federação. Ficou estabelecido que: os Municípios investiriam 15% da arrecadação dos impostos; os Estados 12%; o Distrito Federal de 12 a 15%. Esses são os percentuais mínimos de investimento em saúde obedecendo à classificação da fonte das receitas. O retrocesso maior neste quesito ficou por conta do veto presidencial que regulamentaria 10% da receita corrente bruta, uma bandeira do movimento de Reforma Sanitária, que obstaculizou ainda mais a consolidação do financiamento para o estabelecimento de uma saúde verdadeiramente pública, universal e integral (BRAVO, 2009).

Dilma aprofunda a lógica gerencialista da política de saúde ao criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para gerenciar os Hospitais Universitários. Esta Fundação surge como fenômeno de privatização não-clássica, porque não há a venda direta do patrimônio público, e como instrumento que oculta a transferência da coisa pública ao capital privado e oportuniza a transformação da dinâmica e propósito dos serviços públicos pela perspectiva da lógica do mercado (GRANEMANN, 2012). Essas organizações e fundações constituem um retrocesso por serem instrumentos que ameaçam os direitos sociais: “contraria a legislação do Sistema Único de Saúde; prejudica os trabalhadores; limita o controle e propicia o desvio de recursos públicos” (CORREIA, 2011, p. 43).

Em 2013 o governo enfrentou grande pressão de grupos sociais e populares que demandavam mais educação, saúde e segurança. Há neste período um desgaste do governo, obrigando-o a pensar propostas para acalmar o movimento que ficou conhecido como “jornadas de junho”. Para a saúde, a resposta foi a criação do Programa Mais-Médicos, sobre o qual:

apesar do sucesso do programa no curto prazo, é difícil mencionar seus custos políticos para o governo e efeitos para o sistema público de saúde em longo prazo, já que a substituição dos médicos estrangeiros seria necessária após três anos de contratação (MACHADO et al., 2017, p. 155).

Um retrocesso que marcou fortemente o segundo governo da petista foi a aprovação da Lei nº. 13.097/15, que altera a Lei nº. 8080/90 no que diz respeito à abertura do setor saúde para o capital internacional, permitindo desde sua participação nas prestações de serviços até ações e pesquisas de planejamento familiar. Na saúde mental houve a indicação política do PMDB para que um ex-dirigente de hospital psiquiátrico, conhecido por suas posições contrárias à luta antimanicomial, gerenciasse a Coordenação Nacional de Saúde Mental (MACHADO et al., 2017).

Os governos de Dilma (2011 – 2016) foram marcados pela instabilidade política, contrarreformas de direitos sociais e retrocessos para as políticas de assistência social e saúde. A seguridade social voltou a enfrentar as mesmas barreiras impostas nos governos anteriores, cujo o diferencial estava na constituição de espaços de participação, mobilização e intensos debates. Porém, na prática, esses fóruns/conferências não tiveram êxito e não obtiveram repercussão. O

transformismo e a conciliação de classes serviram como agravante para as dificuldades das políticas sociais em tomarem forma como descrito na CF de 1988, e os avanços para assistência social e saúde foram pequenos e ocorreram de forma lenta.

Governo Temer: do representante ‘eleito’ pela ‘democracia’ do mercado à presidência dos dias atuais.

Com a soma da crise econômica mundial e a crise política brasileira iniciada logo após o pleito eleitoral de 2014 e posteriormente aprofundada com o impeachment de Dilma Rousseff em 2016, o vice-presidente da República Michel Temer chega ao poder para operar e endurecer o projeto do capital. Através do seu programa “ponte para o futuro”, intensificou a racionalidade deletéria das diretrizes e perspectivas neoliberais para as políticas sociais. Por meio do discurso de crise fiscal do Estado, o governo do emedebista reduziu as discussões ao gerencialismo técnico e a racionalidade dos gastos.

No Congresso, os partidos do chamado “centrão” compuseram a base de sustentação do governo que trabalhou para reforçar e acentuar o processo de conjunção e partilha das responsabilidades entre Estado e mercado. Esse processo de partilha e cooperação ocorre pela desresponsabilização do Estado e de suas funções para aumentar sua eficiência: um “Estado mínimo”. O reflexo direto desta desresponsabilização se expressa na precarização e derruição da proteção social e pela abertura de maiores nichos para o mercado operar na prestação da proteção social.

Vale ressaltar que este *modus operandi* não foi abandonado pelo governo do partido dos trabalhadores. Porém, o que se viu no governo de Temer (e hoje no governo de Jair Bolsonaro, do PSL) é a entrega de todo patrimônio nacional e a abertura de amplas frentes de atuação do mercado na proteção social. Nos primeiros e mais evidentes retrocessos implementados já no primeiro momento de sua chegada ao poder, Temer assina o Decreto n. 8.805/2016 e a Medida Provisória n. 739 para intensificar os ataques ao Estado Social em duas frentes: ao benefício de prestação continuada (BPC), o principal benefício da Assistência Social, e ataques aos direitos previdenciários.

Tanto a MP/739 quanto o Decreto são constituídos e se estabelecem como estratégia de subsunção de direitos do trabalho, transferência de parte do fundo público para o capital financeiro que opera através do serviço dívida pública. Assim, o Estado se torna um instrumento emulador da acumulação de forma privativa, e para tanto é necessário para a supressão dos direitos. Foi criado um conjunto de medidas para viabilizar a operacionalização do processo de revisão do benefício social (BPC) e previdenciário (aposentadoria por invalidez e auxílio-doença).

Além disso, inúmeras restrições e/ou exigências para que os trabalhadores consigam acessar os benefícios assistenciais e previdenciários foram impostas. Os motivos apresentados pelo governo emedebista foram de que trabalhadores estariam fraudando o sistema e recebendo os benefícios indevidamente, onerando o Estado e inviabilizando o acesso dos que realmente necessitam. O governo usou como justificativa das ações a necessidade de reduzir os investimentos sociais de um Estado paternalista, e a insistente reafirmação da existência de um desequilíbrio fiscal; e, como a solução do problema, apontou para implementação de um pacote de ajustes fiscais que diminuísse os gastos com benefícios previdenciários e BPC de trabalhadores que possivelmente fraudam o sistema.

Somam-se aos argumentos a proposta de aumento do aparato fiscalizador e do controle de benefícios e dos beneficiários através do cruzamento de dados dos sistemas informatizados, com o uso demasiado de novos documentos e formulários comprobatórios que se juntaram aos já existentes, ampliando a burocracia existente para que os trabalhadores acessem seus direitos. Para o SUAS, tais medidas provocaram um impacto ainda não calculável, uma vez que migraram de natureza de proteção: da Previdência Social para a Assistência Social a partir do Decreto 8.805, apontando para a obrigatoriedade de que os beneficiários do BPC e dos que ainda irão requerer o benefício passem pela proteção básica (CRAS) e estejam cadastrados no Cadastro Único da Assistência Social.

Esse processo de peregrinação do usuário pelos diferentes níveis de proteção se impõe como mais uma condicionalidade burocrática para retardar e dificultar o acesso ao direito do

benefício assistencial. Uma medida que sobrecarregará os CRAS, ampliando os atendimentos para uma equipe de assistentes sociais precarizada e reduzida que terá que se adaptar e reorganizar, em curto espaço de tempo, para a qualificação profissional que a nova atribuição exige.

Os desafios a serem enfrentados pela Política de Assistência Social nessa conjuntura são inúmeros, a começar pelo panorama que o Censo SUAS/2014 apresenta. Segundo o levantamento realizado, aproximadamente 44,8% dos imóveis onde se instalaram os CRAS são alugados. O mesmo percentual dos anos de 2009 (44,4%) e 2010 (44,9%). Destes equipamentos alugados, aproximadamente 70% não estão adaptados para receber pessoas com algum tipo de deficiência, desde a entrada externa, recepção, acessos internos (corredores e portas para cadeirantes) e banheiros. Além do que 7% dos equipamentos (CRAS) não possuíam acesso à internet até 2014 (BRASIL, 2014).

O fato se agrava com a aprovação da Emenda Constitucional 95, que limita os investimentos públicos por 20 anos a partir de um teto corrigido apenas pela inflação, impossibilitando o aumento de investimentos para a política de assistência social e todas as outras políticas sociais: saúde, educação, habitação. O congelamento dos investimentos torna inexequível a Assistência Social nos municípios que são os responsáveis pela manutenção dos serviços socioassistenciais e dos CRAS que já sofrem com baixo financiamento.

O PMDB (de Michel Temer) apresentou em 2015 à presidenta Dilma Rousseff e à sociedade um documento intitulado *Agenda Brasil*, idealizado pelo Senador Renan Calheiros. Dentre as propostas para o setor saúde, o documento apresentava: fim do financiamento de tratamentos experimentais dentro do SUS; introdução de um sistema de copagamento no SUS, em que o usuário pagaria de acordo com sua renda mensal uma porcentagem definida para consultas, exames e procedimentos (essa proposta teve grande repercussão e críticas contundentes de movimentos sociais, fazendo com que o governo a abandonasse de momento); e aumento da porcentagem da DRU (BRAVO et al., 2018; TEIXEIRA, 2018).

Em plena discussão sobre o impedimento da presidenta Dilma (PT), no ano de 2016, a Fundação Ulysses Guimarães, a pedido do PMDB de Temer, idealizou o documento denominado *Travessia Social*. Este documento traz diretrizes e metas para o Brasil como receituário para saída da crise fiscal, presente no país na época e que ainda persiste. O documento ressalta o gerencialismo como método eficaz para a solução dos problemas de má gestão do SUS, desconsiderando o subfinanciamento histórico.

O documento reafirma que a responsabilidade do Estado deve ser com os comprovadamente pobres, que não possuem condições de possuírem planos de saúde privado. Ou seja, focaliza a prestação dos serviços em saúde de responsabilidade estatal para os comprovadamente pobres enquanto os não considerados pobres devem buscar sua proteção no setor privado de saúde. Este é o compromisso do governo em estimular a expansão dos planos de saúde, até mesmo os populares, uma proposta do ministro da saúde à época, Ricardo Bastos (BRAVO et al., 2018; SOARES, 2018; TEIXEIRA, 2018).

O discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do Ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para suprir todas as garantias. O referido Ministro, que teve seu financiamento de campanha para deputado federal vinculado a um consórcio de planos de saúde privados, apresenta a proposta de Planos de Saúde Populares como um dos pilares da sua gestão à frente do Ministério da Saúde. (BRAVO et al., 2018, p. 14)

Em relação à proposta de Ricardo Barros, algumas entidades fizeram seus estudos avaliativos e publicaram suas críticas aos Planos de Saúde Acessíveis, com posicionamento unanimemente contrário, a exemplo do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que apresentou moção de repúdio e enfatizou que esta proposta representa um retrocesso para o direito conquistado e desresponsabiliza o Estado, subvertendo os princípios e diretrizes do direito constitucional à saúde. Além do CNS, a

Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da Agência Nacional de Saúde enfatizou que a proposta fere o princípio da integralidade, equidade e universalidade da assistência em saúde na medida em que restringe a cobertura garantida pela Lei 9.656/1998 (BRAVO et al, 2018, SOARES, 2018). Portanto,

[...] contrariando o princípio da integralidade da atenção em cada segmento hoje existente; considera que fatores acima de 30% são considerados restritores severos ao acesso aos serviços, pois a proposta enfatiza que o copagamento para acesso aos mesmos está previsto em 50%. Ressalta também que os serviços oferecidos serão parcelados, de baixa qualidade e jogando para o sistema público os procedimentos de alto custo. (BRAVO et al., 2018, p. 15)

Esse governo é parte orgânica da burguesia empresarial brasileira, possuindo uma efetiva e frutífera articulação com o setor empresarial de saúde. Isso pode ser facilmente possível de observar nas propostas dos documentos publicados *Agenda Brasil, Ponte Para o Futuro* e *Travessia Social*, bem como a indicação de Ricardo Barros, deputado financiado por planos privados de saúde, para o Ministério da Saúde. A articulação com o setor privado de saúde se adensa e torna-se mais visível para a sociedade civil através da publicação do documento *Coalização Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde*.

O documento elaborado pelo Instituto Coalização Brasil defende a tese de que o setor privado de saúde, juntamente com o setor público, deve organizar uma espécie de rede integrada de atenção contínua. O processo simbiótico existente entre governo e setor privado de saúde se alteraria com os novos pressupostos do documento, pois haveria maior atuação do setor privado na gestão e organização dos serviços em saúde, garantido pela efetivação e execução de um novo padrão de administração (SOARES, 2018).

Em 2017, o Ministério da Saúde, orientado por seu gestor, promoveu a revisão da Política Nacional de Atenção Básica sem a apreciação do CNS e sem discussão com os movimentos sociais e populares da sociedade civil. A nova política para a atenção básica fratura a essência da Estratégia da Família e institui aos princípios e diretrizes que fundamentam a Atenção Primária em Saúde brasileira novas

[...] formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), possibilitando a organização da Atenção Básica com base em princípios opostos (BRAVO et al., 2018, p. 16)

Soma-se a esse conjunto de contrarreformas na política de saúde a Emenda Constitucional nº. 95 do teto dos gastos, tornando ainda mais agudo o subfinanciamento do sistema e precarizando sobremaneira o SUS. Os impactos já podem ser mensurados ao analisar o valor dos investimentos nas políticas de assistência social e saúde no período de 2015 a 2018 (Tabela 4).

Tabela 4- Execução Orçamentária da LOA para Assistência Social e Saúde – 2015 a 2018.

Ano	Assistência Social		Saúde	
	Empenhado	Pago	Empenhado	Pago
2015	91.086.133.213	85.950.021.311	126.774.851.912	116.602.359.007
2016	89.630.641.382	87.163.601.587	121.666.034.066	112.588.671.520
2017	88.815.153.873	87.110.775.722	123.289.762.778	107.681.088.940
2018	88.671.843.426	85.893.376.725	120.871.652.323	108.179.156.538

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SIGA Brasil/ Painel do Especialista/ Fiscal-Seguridade.

Na Tabela 4 verificamos que a assistência social manteve durante os anos de 2015 a 2018 um declínio no investimento da ordem do valor empenhado de aproximadamente 2,5 bilhões. Apontamos que o que manteve os valores empenhados numa decrescente desacelerada foi a centralidade dos programas de transferência que ocupam aproximadamente 94% dos investimentos desta política. É importante salientar que no ano de 2018 a diferença entre valor empenhado e o valor pago foi do montante de 2,8 bilhões, um corte superior à soma da diferença de todos os anos. Na comparação entre 2017 e 2018, quando a EC/95 já estava em vigor, o valor efetivamente pago ficou 1,3 bilhões menor.

Na Função Saúde, analisado-se os dados nominais, percebemos que o orçamento de 2015 a 2018 encolheu em valores aproximados 8,5 bilhões. Se fizermos a razão entre os valores empenhados e os realmente pagos, teremos um contingenciamento na casa de 12,7 bilhões, quase 3 vezes maior do que a diferença do mesmo ano da Função Assistência Social. Isso nos ajuda a visualizar de maneira mais clara o progressivo desfinanciamento da política de saúde e sua precarização, que com a EC/95 vem agravando o déficit crônico do setor. É crônico porque a inflação da saúde deve ser analisada à parte da inflação nacional, visto que os insumos são, em sua maioria, negociados em dólar e estão vulneráveis às especulações financeiras do dia e do comportamento da política econômica mundial.

O governo Temer conseguiu aprovar um pacote extremamente prejudicial à classe trabalhadora e abriu caminho para a continuidade dos ataques no governo de Jair Bolsonaro. O caminho foi iniciado com a reforma trabalhista e com a tramitação de uma reforma previdenciária com forte propaganda, com objetivo de capturar o imaginário social pela “cultura da crise”; também a EC/95 e a EC/93, que eleva de 20% para 30% a DRU, atuando na retirada do orçamento de políticas fundamentais que conformam o sistema de seguridade social que se soma ao “assalto” de maior fatia do fundo público para pagamento dos juros da dívida.

Salvador (2010) aponta que a utilização do fundo público nos últimos 30 anos é estratégia para proteger instituições já falidas e instituições financeiras perto da falência. Isso às custas dos tributos pagos pelos trabalhadores, dado que o fundo público, além de ter em sua composição a mais-valia extraída do trabalho, também possui o segundo movimento que é a exploração tributária do trabalhador visto a regressividade dos tributos.

Esse cenário do governo Temer e agora do iniciado por Jair Bolsonaro confirma a afirmação de Demo (2003) de que “enquanto houver espaço de expansão e acumulação, o capital avança sem empecilhos, porque este é seu sentido predatório ou sociometabólico” (DEMO, 2003, p. 31). Passados 30 anos da Constituição Federal de 1988, o conjunto de medidas aprovadas e que estão para serem aprovadas pelo atual governo representam a mais grave investida/ataque à classe trabalhadora e aos seus direitos conquistados com muita luta.

Reflexões Finais

Ao longo do espaço-tempo, o capital alçou o neoliberalismo (ainda na década de 1970) como estratégia para recompor o processo de acumulação e frear a tendência declinante da taxa de lucros. Mas essa não é apenas uma direção econômica, mas também uma política. Essa forma visou recompor o poder da burguesia frente aos movimentos insurgentes. Esse processo não se deu de forma linear, e tampouco foi implementado de forma pura, variando em cada local e em cada momento histórico segundo as condições materiais de cada país para sua implementação, observando a tensão entre as classes e o jogo de forças até mesmo entre as frações da burguesia (HARVEY, 2008).

No caso brasileiro, pensar como a burguesia nacional incorporou a pauta neoliberalista nos impõe como condição de análise partir dos antecedentes históricos e conjunturais, bem como das características estruturantes e estruturais da formação e desenvolvimento dos planos econômicos nacionais e do sistema de proteção social. Há, neste caso, particularidades históricas específicas que determinam as contradições, também específicas, à experiência brasileira, pois nas décadas que antecedem a proposta neoliberal o Brasil sofria com as consequências dos modelos de desenvolvimento econômico que aprofundaram a concentração e centralização do capital e ampliaram as desigualdades regionais.

A partir da década de 1980, com a “cartilha” econômica do Consenso de Washington (1989),

tornou-se cada vez mais hegemônica a ideia do desenvolvimento a partir de algumas diretrizes, tais como o câmbio flutuante, a abertura dos mercados nacionais e a desregulamentação financeira, diretrizes que passaram a comandar e dar o “tom” do funcionamento do capital transnacionalizado. Com o ideário estadunidense do Consenso de Washington, os princípios neoliberais espalharam-se e foram ganhando força até chegarem à periferia, derruindo as diferentes barreiras nacionais aos fluxos de capitais e do comércio.

O novo modelo neoliberal vendido como capaz de superar a crise do capital não possui raízes fincadas apenas nas teses econômicas. Esse aspecto vai além, pois de maneira ideológica prega uma redefinição global das relações sociais e do campo político-institucional. O neoliberalismo como produto ideológico, mais intenso e predatório do liberalismo econômico, constituiu-se como um novo modelo capitalista de acumulação numa realidade de um capital transnacionalizado oligopolista.

As estruturas hierárquicas das relações econômicas e políticas internacionais se reorganizam diante do novo cenário de globalização produtiva e financeira. É ao findar da década de 1980 e principalmente no início dos anos de 1990 que os ajustes e reformas neoliberais são desencadeados na maioria dos países latino-americanos. Os momentos históricos em que os ajustes neoliberais e as contrarreformas se desencadeiam são diferentes na América do Sul, como são variadas as formas políticas que os ajustes assumem nestes países.

O mercado financeiro em franca expansão e sobre as bases de uma fraca fiscalização e de mínimas regulações tomou um papel importante no sistema mundo [mas principalmente nos países dependentes] para determinar e/ou influenciar as relações e comportamentos dos homens, bem como como na demanda agregada. São exemplos o consumo das famílias, o investimento estatal, as diretrizes para exportação, etc.

Há, a partir do processo de financeirização, uma mudança no modo, tempo, investimento e composição de capital fixo e variável nas indústrias, determinando em maior ou menor medida o modelo e o grau de consumo das famílias. Ademais, coloca-se em disputa pelo fundo público e acirra a luta pela apropriação e alocação de recursos na sociedade e na distribuição de renda.

Na visão de Coutinho (2012, p. 123) “estamos diante da tentativa de supressão radical daquilo que, como vimos, Marx chamou de “vitórias da economia política do trabalho” e, por conseguinte, de restauração plena da economia política do capital”. Nesta dinâmica estabelecida e por meio da redefinição da política macroeconômica, o capital financeiro passa a ser o maior beneficiário.

A acelerada crescente do capital financeiro e sua desregulamentação provocou um aprofundamento em nível mundial da acumulação e concentração de renda, aliado a um intenso processo de desregulamentação das leis de proteção ao trabalho e a desresponsabilização do Estado enquanto agente investidor e garantidor das políticas públicas de um Estado Social. Na agenda neoliberal,

não há espaço para o aprofundamento dos direitos sociais, ainda que limitados, mas estamos diante da tentativa aberta – infelizmente em grande parte bem sucedida – de eliminar tais direitos, de desconstruir e negar as reformas já conquistadas pelas classes subalternas (...)” (COUTINHO, 2012, p. 123).

O projeto do capital que altera as relações econômicas e políticas coloca o conjunto das políticas de proteção social dos trabalhadores no lugar do não direito, do corte de investimentos do Estado nos gastos públicos, agravando o desfinanciamento e a precarização das políticas sociais. As ditas “reformas” nos direitos sociais colocam uma cortina de fumaça no que verdadeiramente se opera: a precarização e mercadorização do direito.

Os avanços dos últimos 30 anos conquistados pela classe trabalhadora e expressos na seguridade social foram alvo de grandes investidas do capital e sofreram retrocessos. Com certa facilidade estes retrocessos podem ser vistos no Brasil com o sistema de seguridade social e com o que diz respeito à sua cobertura, bem como com a precarização e o desmonte da infraestrutura dos serviços públicos básicos, dificultando o acesso e atendimento.

A ideia de orçamento próprio da seguridade e do investimento social com o princípio da universalidade do acesso foi substituído por programas sociais emergenciais, focalizados e

seletivos, fator que agravou e vem agravando a expulsão de um grande contingente de cidadãos do atendimento público e também do setor privado (MENICUCCI, 2011).

Esses indivíduos são excluídos do atendimento público porque a situação do sujeito é medida apenas pela falta de renda, com condicionalidade de acesso a partir de uma linha de pobreza estabelecida num patamar de miserabilidade. Assim, há a expulsão de um contingente de sujeitos que não conseguem acessar os serviços básicos e ficam no limbo. O direito à cidadania que foi conquistado através de muita luta e muita resistência das classes subalternas foi substituído pela avaliação da pobreza (do quanto o sujeito é pobre) para acessar os esvaziados e desfinanciados serviços públicos de proteção social, dependentes com suas características particulares.

No campo das relações políticas percebe-se que se operou (e se opera) um esvaziamento das instituições democráticas, uma crise da democracia em regimes pouco consolidados como o brasileiro. Ademais, há uma visão economicista e tecnocrática por parte do poder executivo, expressa em suas ações de governo, e basicamente feita por meio de decretos presidenciais – uma forma de governo autoritária. Na cultura pudemos observar, com o acelerado processo de globalização, a emergência do pensamento único, o consumismo e a exacerbação do individualismo, captura e institucionalização dos movimentos sociais, e a redução do sujeito enquanto ser coletivo e universal.

No quadro aqui traçado, podemos concluir que, nos países dependentes, como é o caso do Brasil, na fase neoliberal intensifica-se a capacidade do fazer da ação e prestação dos serviços privados no âmbito público, o que é extremamente lucrativo ao mercado, e é o percurso encontrado para responder à crise de acumulação e hegemonia do capital. Trata-se, portanto, da emergência de mecanismos cada vez mais sofisticados de expropriação dos meios de subsistência da classe trabalhadora, os quais se combinam com a superexploração – alimentando a acumulação capitalista e a retirada de direitos (BRETTAS, 2017, p. 62).

Em tempos de capital financeirizado e condução neoliberal, não há espaço para políticas sociais universalizantes e financiadas pelo Estado, caracterizando um cenário de desproteção social dos trabalhadores onde o lugar das políticas sociais está em um ‘não lugar’, uma vez que não está na agenda do capital promovê-las, a menos que se obtenham grandes lucros. Desse modo, o neoliberalismo é a representação da vitória (ainda que parcial) da burguesia dominante e da imposição para a classe subalterna de inúmeras e diversas perdas de direitos.

Diante a derruição dos direitos sociais, crescente desemprego e informalidade, flexibilização dos direitos trabalhistas, e aumento exponencial da dívida pública, é preciso resgatar e fortalecer junto à classe trabalhadora o papel primordial que as políticas sociais possuem na garantia da reprodução social dos trabalhadores nesta sociabilidade.

Devemos recuperar o conceito mais amplo de cidadania como a capacidade conquistada por todos os indivíduos de se apropriarem da riqueza socialmente produzida e dos bens criados socialmente, como autonomia crítica para atualizarem suas potencialidades de realização humana em cada tempo histórico (COUTINHO, 1999). E recuperar também o conceito da política social não limitada a uma ideia setorial, “ao minimalismo das práticas locais “bem-sucedidas”, ou ao reducionismo econômico e, sobretudo, de uma política social que não se submeta a uma supostamente necessária cronologia: *estabilização – crescimento econômico – redistribuição*” (SOARES, 2000, p. 91).

Referências

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRETTAS, T. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 17, n. 34, jul./dez. 2017.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

COUTINHO, C. N. A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma?. **Novos Rumos**, Marília, v. 49, n. 1, p. 117-126, Jan.-Jun., 2012.

COUTO, B. R. [et al.]. (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

DEMO, P. Impasse Neoliberal. **Ser Social**, Brasília, n. 13, p. 0-52, jul./dez. 2003.

FALEIROS, V. P. Fome, pobreza e exclusão social: desafios para o governo e a sociedade. **SER Social**, Brasília, n. 13, p. 109-130, jul./dez. 2003.

LUPATINI, M. Crise do capital e dívida pública. In: SALVADOR, E. et al. (Orgs.). **Financeirização, Fundo Público e Política Social**. São Paulo: Cortez, 2012.

MACHADO, C. V; LIMA, L. D; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema **universal**. **Caderno Saúde Pública**, ano 2017.

MARCH, C. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidades Públicas e Autonomia: Ampliação da Subordinação à Lógica do Capital. **Universidade e Sociedade**, nº 49, jan. 2012.

MOTA, A. E. A centralidade da assistência social na seguridade social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (Org.). **O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade**. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, J. P. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, Ivo (Org.). **O desmonte da Nação – Balanço do governo FCH**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAULANI L. M. A Experiência Brasileira entre 2003-2014: neodesenvolvimentismo? **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 12, p. 135-155 2017.

PEREIRA, João Márcio Mendes. Banco Mundial, reforma dos Estados e ajuste das políticas sociais na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(7), p. 2187-2196, 2018.

POCHMANN, M. Políticas sociais e padrão de mundaças no Brasil durante o governo Lula. Revista **SER Social**, v. 1, n. 2. Brasília: **SER Social**, 2000 – Semestral.

SILVA, M. O. S.; YAZBEK, M. C.; DI GIOVANNI, G.. **A política brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. São Paulo: Cortez, 2007.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo, Cortez, 2000. – (Coleção Questões da Nossa Época; v. 78)

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). São Paulo: Cortez, 2012.