

O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho: verso e anverso do direito a saúde negado

Pedro Paulo Scremin Martins¹
Melisse Eich²
Lucinéia Scremin Martins³

Resumo

Este estudo tem como objetivo refletir sobre o processo de mercantilização dos serviços de saúde no Brasil e sua relação com a reestruturação produtiva do trabalho neste setor. Identificamos que um dos impactos da crise estrutural do capital e das políticas neoliberais implantadas no Brasil desde os anos 90 é a expansão das relações capitalistas de produção para o setor saúde. Esta expansão traz consigo a necessidade de reestruturar a produção para aumentar a produtividade e a lucratividade, tendo como consequência a negação do direito à saúde como bem comum/valor universal, mediante a conformação de um sistema de saúde privado e hegemônico. Concluímos que é necessário – sobretudo na atualidade – organização social em defesa da saúde pública, que deve ser tutelada e garantida pelo Estado.

Palavras-chave: Mercantilização. Setor saúde. Reestruturação produtiva.

Abstract

This study aims at pondering the process of commodification of health services in Brazil and its relation to the productive labor restructuring in this sector. It was found that one of the impacts of the structural capital crisis and the neoliberal policies implemented in Brazil since the 90s is the expansion of capitalist production relations to the health sector. This expansion results in the need for restructuring production in order to increase productivity and profitability, leading to the denial of the right to health care as a common/universal prerogative by supporting a private hegemonic health system. It is possible to conclude that – especially nowadays – social organization supporting public health is necessary and must be safeguarded and assured by the government.

Keywords: Commodification. Health work. Productive restructuring.

Introdução

Vivenciamos, atualmente, importantes mudanças na atuação e no papel do Estado, no Brasil, em relação ao público e privado. No âmbito das políticas hegemônicas, efetivam-se garantias para o funcionamento do capitalismo monopolista dependente do Estado e subdesenvolvido, típico da sua trajetória no Brasil. Concomitantemente, o mundo atravessa um período histórico de crise estrutural do capitalismo, atingindo negativamente todos os setores e espaços sociais. Na tentativa de sair da crise, o capital – no seu movimento incessante – vem expandindo seu modo de

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Área: Filosofia, Saúde e Sociedade. E-mail: ppsm29@hotmail.com.

² Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina. Área: Bioética e Saúde Coletiva. E-mail: meliseeich@hotmail.com.

³ Doutora em Educação pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora adjunta do Departamento de Ciências Sociais da UFG. E-mail: luascremin@yahoo.com.br.

produção e dominando setores da economia até então não submetidos diretamente às exigências de lucratividade, em razão da vigência do Estado de Bem-Estar Social nos países desenvolvidos e das políticas de cunho desenvolvimentista em países periféricos do sistema capitalista, como o Brasil. Um destes setores, o da saúde – situado no âmbito do setor de serviços, que teve um grande salto a partir da década de 90 (PIRES, 1998) –, está sendo drasticamente invadido pelas relações capitalistas de produção, configurando-se num importante espaço de valorização do capital através da exploração da força de trabalho e reestruturação dos processos produtivos. Neste sentido, a política e a economia brasileira subordinam-se cada vez mais aos ditames das grandes potências econômicas. Estes países, através dos organismos financeiros internacionais, determinam políticas neoliberais aos países subdesenvolvidos, que, ao serem implantadas, resultam em trágicos desdobramentos e reflexos, gerando crises em todas as esferas da vida humana. Sob o movimento do capital e das políticas neoliberais⁴ – que se configuram na implementação de ações pautadas num arcabouço político ideológico de um Estado mínimo, da liberalização da economia e do mercado –, a saúde, cada vez mais privatizada, vem gradativamente perdendo o seu caráter de *bem comum/valor universal* no âmbito dos direitos fundamentais do ser humano e transformada em mercadoria serviço.

O setor privado de saúde – fundado no modelo biomédico – vem dominando cada vez mais a produção de serviços de saúde no Brasil e passa a ser hegemônico, subsumindo todas as outras formas ou modos de produção e processos de trabalho que historicamente existiram na assistência à saúde. De fato, é a partir da década de 90 que o mercado de saúde no Brasil “rompe suas amarras” com o modelo político desenvolvimentista para ampliar-se no modelo neoliberal mercantil. Rodrigues e Santos (2011), ao discorrem sobre o “setor privado de saúde” no Brasil, partem de uma série de questões, das quais destacamos duas: “Desde quando existe o mercado privado de saúde no nosso país? Desde seu nascimento, como este mercado vem se desenvolvendo?”. As respostas a estes questionamentos refletem, por outros caminhos, o surgimento e a afirmação político-econômica do setor privado de saúde no Brasil e suas contradições

⁴ Na América Latina, segundo López, Vértiz (2012, p. 22), “o projeto neoliberal foi levado a cabo em toda a sua dimensão, impulsionado pelas grandes empresas transnacionais como atores privilegiados, em concordância com os organismos multilaterais de crédito e comércio – FMI, Banco Mundial, OMC – e os poderes estatais nacionais”.

com o setor público. Como vem ocorrendo este processo de privatização e mercantilização dos serviços de saúde e quais suas relações com o fenômeno da reestruturação produtiva do trabalho, assim como seus reflexos enquanto negação do direito à saúde é a questão que discutiremos neste texto.

Surgimento e afirmação do mercado privado de saúde no Brasil

A estrutura dos serviços de saúde no Brasil é resultado, ao mesmo tempo, da pressão dos trabalhadores por seus direitos e da necessidade de força de trabalho em condições de integrar o processo produtivo, e surgem divididos em dois modelos: um de ações coletivas de cunho preventivo surgido no início do século passado e outro, curativo, individual e hospitalar, sustentado pela Previdência Social, construído a partir dos anos 50 (PIRES, 1998). Este último, centrado no hospital e baseado no tratamento/cura do corpo doente, veio a tornar-se o mais lucrativo e, portanto, explorado pelo capital. Esteve intimamente imbricado ao antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) até 1991, quando, através da reforma administrativa, a saúde foi integrada ao Ministério da Saúde compondo o Sistema Único de Saúde (SUS).

Cohn e Elias (2003, p. 7) afirmam que “as políticas de saúde no Brasil até muito recentemente caracterizam-se pelo seu vínculo estreito com as políticas de Previdência Social, sobretudo no que diz respeito à sua forma de financiamento”. De acordo com os autores, desde o início do século passado, as políticas de saúde se estabelecem numa “relação de dependência” com a Previdência Social, de tal modo que a organização da saúde no Brasil – em consequência desse vínculo – apresenta um processo de privatização dos serviços de assistência médica extremamente precoce, que teve início com o credenciamento de serviços privados pela Previdência Social (COHN; ELIAS, 2003). Esse foi, na realidade, o modelo escolhido pelos governantes, e que estimulou o crescimento da rede hospitalar privada às custas de recursos estatais, visto que a rede hospitalar pública era pequena e não havia interesse político em ampliá-la. Para se ter uma ideia, “em 1990, 41,3% dos gastos do INAMPS foi com o pagamento dos hospitais privados, cerca de 5% foi para os Hospitais Universitários e estima-se que entre 30 e 40% dos recursos disponíveis para a saúde nos estados e municípios foram gastos com atenção hospitalar” (CAMPOS, 1992 apud PIRES, 1998, p. 97). Tal fato demonstra o crescimento do modelo curativo e individual, fundado na ciência biomédica e tendo o

hospital como o núcleo privilegiado de atenção à saúde: perfeita combinação com o modelo político-econômico que vislumbra o desenvolvimento da exploração capitalista.

Por outro lado, os recursos públicos para o modelo de atenção à saúde, coletivo e preventivo, foram (e ainda são) relativamente irrisórios. O desenvolvimento deste modelo deu-se, em menor grau, no âmbito da denominada “Saúde Pública” promovida pelo Estado – inserida num modelo político-econômico desenvolvimentista em que prevalecia a escassez de força de trabalho qualificada –, na qual se buscava estratégias para proteger a população das endemias/epidemias comuns à época, preservando, assim, a força de trabalho necessária ao desenvolvimento econômico capitalista. Entretanto, com o fortalecimento do setor privado – impulsionado pela própria Previdência Social ao comprar os serviços assistenciais –, houve um declínio ainda maior deste modelo, cujos serviços são financiados e prestados diretamente pelo Estado. De fato, a conformação de um modelo hospitalocêntrico – que se ocupa exclusivamente do tratamento, da cura/reabilitação das doenças – coincide com a própria mercadorização dos serviços de saúde, sendo o hospital o lócus singular de atenção e lucratividade.

Afirmção e negação do modelo privatista: traços de uma trajetória de lutas pela universalização da saúde

A exploração privada da saúde foi intensificada durante o período ditatorial, no qual se programava uma política econômica geradora de doenças e riscos à saúde, enquanto a oferta dos serviços públicos pelo Estado tornava-se cada vez mais restrita (SCOREL, 1998). Dadas as consequências e prejuízos sociais daquele modelo político-econômico, os agentes sociais diretamente envolvidos na questão da saúde passaram a exigir o redimensionamento do modelo assistencial. Por sua vez, um desenvolvimento teórico, a partir das bases universitárias, passa a dar sustentação ao movimento sanitário, que surge no final da década de 70, com a mobilização de vários segmentos da sociedade contra o descalabro do Sistema de Saúde vigente e em defesa do fortalecimento do setor público de saúde (COHN; ELIAS, 2003). Durante o período de transição política, na década de 80, este movimento se rearticula e se fortalece. Acontece em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), reunindo mais de 5.000 pessoas – uma mobilização no interior da nova burocracia estatal que se formava em torno da constituinte –, para discutir e obter subsídios, visando contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para o debate na futura constituinte (SCOREL, 1996).

Como afirma a autora: “a VIII CNS foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais” (SCOREL, 1996, p. 187). Dos debates na VIII CNS, surgiram os princípios e diretrizes daquilo que deveria ser o primeiro sistema público de saúde brasileiro – com caráter universalista – e encaminhados através da Plenária Nacional de Entidades de Saúde, da CNS, à Assembleia Nacional Constituinte (ANC) e que foram impressos no Art. 196 do texto da Constituição Federal (CF), em que 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, 1998, p. 108, grifo nosso). Não obstante, o movimento sanitarista deparou-se com os interesses dos representantes do segmento privado da saúde e dos seus representantes na ANC. Fato que custou o contraditório Art. 199 da CF, garantindo que a exploração da “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1998, p. 109). Em outras palavras, aos interesses da classe trabalhadora – originados no seio do movimento sanitário – contemplando na CF, saúde como direito social e dever do Estado, contrapuseram-se os interesses dos empresários da saúde. Indubitavelmente, é desta contradição, inconciliável – que já existia concretamente, apenas formalizou-se no texto constitucional e vem se consolidando e se propagando para todo o setor da saúde – , que emerge a crise do setor saúde em geral e do SUS em particular.

A definição da saúde na CF, as Leis 8.080 e 8.142 – que estabelecem os princípios legais para o funcionamento da rede assistencial que compõem o SUS – e a reforma ministerial que desvinculou a saúde do INAMPS foram mudanças que significaram avanços em termos de reconhecimento legal do direito universal à saúde. Entretanto, na prática assistencial, ocorreram muito poucas mudanças em virtude dos interesses do setor privado e dos defensores do modelo de mercado (PIRES, 1998). Ou seja, a criação legal do SUS coincidiu com o recrudescimento da crise estrutural do capital, a crise financeira do Estado e o advento da política neoliberal de Estado mínimo implantadas a partir da década de 90 em resposta às crises. Como resultado, o SUS se mantém estagnado e o setor privado avança livremente⁵, mantendo “o consumo dos

⁵ As evidências empíricas do fenômeno da mercantilização podem ser encontradas nos bancos de dados e informações do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde (ANS). Com o intuito de dar uma noção da expansão do setor privado de saúde, analisando o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do MS, constata-se que cerca de 20% dos estabelecimentos de saúde no Brasil, somente, são

serviços de saúde dentro da lógica do mercado que comercializa as doenças e legitima a desigualdade do acesso” (PIRES, 1998, p. 99). Conforme a autora, “as denúncias dos reais problemas do SUS são aproveitadas por estas forças [os defensores do modelo de mercado, neoliberais e setor privado] para um trabalho de desvalorização do serviço público e dos trabalhadores do serviço público e para defender a ilusão da eficácia do setor privado” (PIRES, 1998, p. 99).

No bojo desta luta, podemos dizer que o SUS, no Brasil, nasceu obstaculizado pelos interesses ditados pela exploração capitalista da saúde, que, por sua vez, o remeterá em meio ao redemoinho da concorrência intercapitalista, em que o “sucesso” do setor privado depende do “fracasso” do público e vice-versa. No seio desta contradição, infelizmente, é o público que vem agonizando com seus escassos recursos e na medida que o Estado é transformado em aparelho do capital. Como afirmam Rodrigues e Santos (2011, p. 156): “o Estado brasileiro contribuiu de diferentes formas para o crescimento do mercado privado de saúde”. No passado, segundo os autores, esta contribuição se deu,

Em primeiro lugar, por meio da contratação para o INPS e, a partir de 1974, para o INAMPS, da prestação de serviços de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde, o que ampliou enormemente a demanda de serviços privados de saúde e incentivou que crescesse a oferta desses serviços. Em segundo lugar, pelo subsídio fiscal às empresas que contratavam planos privados de saúde, ou organizavam assistência médica em regime de autogestão aos seus empregados (RODRIGUES; SANTOS, 2011, p. 156).

Atualmente, toda esta contribuição continua ocorrendo com novas faces e vem sendo intensificada com mais vigor, mediante a redefinição neoliberal (conceitual e prática) do público e do privado. Aliás, desde a promulgação da CF “cidadã” – que, em realidade, é síntese de interesses antagônicos e da luta de classes e, portanto, repleta de contradições – é o projeto político neoliberal, caracterizado, particularmente, pela privatização e desmonte do Estado, que tem avançado mais rapidamente no Brasil. Suas

públicos estatais (Brasil, 2012a); e ainda conforme dados da ANS, em junho de 2012, o número de beneficiários de planos privados de assistência médica e odontológica no Brasil era de 66.263.290 (Brasil, 2012b), sendo o setor hospitalar e as operadoras de planos de saúde os mais lucrativos. Ainda segundo a ANS, somente as operadoras de planos de saúde no Brasil atingiram um faturamento (contraprestações) de 84,5 bilhões de reais com uma despesa assistencial de 68,9 bilhões em 2011 (Brasil, 2012b), sendo que parte da “despesa”, obviamente, é convertida em lucro para os hospitais privados remunerados pelos planos de saúde. Portanto, o sucateamento de rede pública e o aumento dos custos dos serviços de saúde, de modo que apenas uma parcela muito pequena da população pode pagar diretamente por eles, fizeram com que cada vez mais pessoas recorressem às diversas modalidades de convênios de saúde, provocando o “boom” de crescimento (CAMPOS apud PIRES, 1996, p. 100).

políticas têm dominado o cenário nacional, inviabilizando quaisquer avanços na implantação das conquistas legais de interesse da maioria da população. Obviamente, se na aplicação das políticas neoliberais predominam os processos de privatização e ampliação do mercado – em que pesem os direitos sociais garantidos na CF –, no que se refere ao setor saúde, não poderia ser diferente: prevalecem os interesses do setor privado, ou seja, a liberalização do mercado e a privatização dos serviços de saúde. Paulatinamente, a história vem demonstrando que os serviços de saúde, ao serem predominantemente privados, trazem profundas repercussões sobre a saúde das populações, na medida em que promovem a exclusão do direito à assistência, visto que são restritos à parcela de pessoas que pode pagar por tais serviços.

Diante do “fracasso” do sistema público de saúde, o setor privado tem avançado vorazmente, expandindo suas relações capitalistas de produção, sustentadas por políticas neoliberais e de globalização da economia⁶. Felizmente, a luta em defesa do SUS – mesmo diante de suas derrotas e fragilidades – e da saúde com direito social e inalienável do ser humano mantém seu eco de resistência às privatizações e pela construção de um sistema público.

A exploração do trabalho e do trabalhador e a produção da mercadoria serviço de saúde

A produção e a extração de mais-valia para a reprodução e acumulação de capital fazem parte da essência do capitalismo, que o leva necessariamente a expandir-se e dominar todas as esferas da vida humana e da natureza, assim como transformar todas as coisas e ações humanas em mercadoria – independente da sua forma material/imaterial. Entretanto, para alcançar seu objetivo, o capitalismo precisa do trabalho e do trabalhador, os quais possuem objetivos antagônicos ao capital, seja a produção, seja a reprodução do gênero humano. É o trabalho – mais especificamente, o

⁶ Importante destacar que, em novembro de 1989, reuniram-se, em Washington, funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados (Banco Mundial, FMI e BID), para fazer uma avaliação das reformas econômicas empreendidas na América Latina. Na ocasião, ratificou-se a proposta neoliberal que o governo norte-americano vinha insistentemente recomendando como condição para conceder cooperação financeira externa, bilateral ou multilateral, cujas propostas podem ser resumidas em dois pontos básicos: redução do tamanho do Estado e abertura da economia (TEIXEIRA, 1996). Daí em diante, as políticas públicas no Brasil passam a ter uma conotação diferente. Seguindo as diretrizes do “Consenso de Washington”, são implementadas como compensatórias, estabelecidas de formas precárias, voltadas para contenção dos problemas que ameaçam a estabilidade do sistema (por exemplo a miséria extrema) e para a legitimação, pelo consenso, da face perversa da política neoliberal.

trabalho abstrato (produtor de valor e valor de troca), em unidade indissolúvel ao trabalho concreto (produtor de valor de uso) – a fonte de formação da mercadoria. Por sua vez, o trabalhador, quando submetido às relações capitalistas de produção, produz não somente valor de uso e valor de troca, mas também mais-valia. Vejamos sinteticamente como isso acontece. Marx, no seu livro *O Capital*, inicia a exposição da sua investigação, com a análise da mercadoria. Afirma que “a riqueza das sociedades em que domina o modo de produção capitalista aparece como uma *imensa coleção de mercadorias* e a mercadoria individual como sua forma elementar” (MARX, 1996, p. 165, grifo do autor). Para ele, a mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa, a qual, pelas suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. Mas ela tem duplo aspecto, contraditório: o valor de uso (que, sob o ponto de vista da qualidade, tem como objetivo direto satisfazer necessidades humanas) e o valor de troca (que, sob o ponto de vista da quantidade, tem como objetivo direto a satisfação das necessidades do capitalista – a realização da mais-valia) (MARX, 1996). Olhando sob esta ótica, constatamos que, na saúde, estamos diante de uma contradição. De um lado, a saúde no capitalismo é condição sem a qual o trabalhador não pode vender sua força de trabalho, faz parte dos meios de subsistência que compõem a mercadoria força de trabalho e, portanto, tem valor de uso. De outro, a saúde, enquanto serviço produzido na relação capitalista de produção, é transformada em mercadoria como qualquer outra que tem valor de uso e valor de troca, o que significa que o trabalhador tem de comprá-la no mercado para garantir a produção/reprodução da sua força de trabalho e a de sua família. Ainda com base em Marx (1996), o trabalho sob o modo de produção tipicamente capitalista produz valor e valor de troca – mas só produz valor de troca porque produz valor de uso, numa relação dialética –, com o objetivo de produzir mais-valia, isto é, quando o trabalhador produz valor para além daquilo que vale sua mercadoria força de trabalho, isto é, trabalho excedente que é apropriado pelo capitalista, trabalho não pago. Por conseguinte, nos serviços de saúde, sob este modo de produção, o trabalhador também produz mercadoria e mais-valia, motivo para os capitalistas investirem na exploração do trabalho neste setor.

Essa mercadorização da saúde vem acontecendo de modo diretamente proporcional à expansão do capital para o setor, a fim de explorar trabalho excedente no processo de produção de mercadorias. De acordo com Pires (1999, p. 87), “a lógica da organização capitalista do trabalho penetra na organização da assistência à saúde, o que

se verifica mais claramente no espaço institucional”. Para a autora, o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços, que vem crescendo progressivamente, sendo atualmente responsável por mais de 50% dos postos de trabalho nos países desenvolvidos; uma tendência que se confirma também, no Brasil, a partir dos anos 90 (PIRES, 1998). Portanto,

É um trabalho da esfera da produção não material, que se contempla no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria [...], prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida. (PIRES, 1999, p. 159 e 161).

Como se vê, o produto do trabalho em saúde tem características próprias. A produção é inseparável do ato de produzir, isto é, o produto do trabalho assistencial em saúde não tem forma autônoma em relação aos seus produtores; não existe independente do ato da sua produção, pois produção e consumo são indissociáveis, ocorrem simultaneamente. Esta é uma característica que faz o setor saúde ser altamente lucrativo, pois o valor de troca e a mais-valia se realizam no ato da produção. Em outros termos, o serviço de saúde é algo que se produz e se consome ao mesmo tempo (como nos *serviços* em geral) e o produto do trabalho em saúde, quando resultado da relação capital e trabalho transforma-se numa mercadoria que tem agregado um valor excedente ou mais-valia. De nada interessa nesta relação se o produto do trabalho em saúde tem a peculiaridade de ser algo imaterial. O que realmente importa para o capital (setor privado) é a possibilidade de obtenção de lucro. Por isso, o setor de serviços, na contemporaneidade, apresenta-se como importante espaço no processo de extração de mais-valia e valorização do capital, sendo a saúde e a educação os campos mais cobiçados pelos capitalistas.

O apogeu do modo de produção capitalista – no qual as necessidades dos seres humanos estão subsumidas à lógica da produção de mercadorias – tem como motor propulsor a exploração da força de trabalho⁷, cada vez mais intensificada em detrimento das condições de vida e saúde dos seres humanos. Os trabalhadores da saúde, quando

⁷ Entendemos que a *teoria do valor-trabalho*, formulada por Marx (1996) e a categoria mais-valia (produção de valor excedente através do trabalho ou qualquer práxis subordinada à relação capitalista de produção) permanecem mais atuais que nunca, uma vez que existem concretamente enquanto houver capitalismo. De acordo com Mészáros (2003), o que mudou é que esta relação de produção subsiste à beira das suas últimas consequências, no auge de sua crise estrutural.

submetidos às relações capitalistas de produção, são fonte do processo de formação da mercadoria serviço de saúde. Por conseguinte, o trabalho, sob esta relação, é fonte da alienação do trabalhador em relação ao produto do seu trabalho, que por não lhe pertencer nele não se identifica, vale dizer, não o reconhece como algo criado pelas suas próprias mãos e mente.

A expansão das relações capitalistas de produção para o setor saúde e a reestruturação produtiva do trabalho

Diante da necessidade insaciável do capital de dominar todos os âmbitos da sociedade, é oportuno que analisemos – mesmo que brevemente – a expansão do modo de produção capitalista para setores da economia que, até então, estavam pouco organizados sob a lógica do modo de produção capitalista.

Com o advento neoliberal tornou-se fato o setor de serviços – dentre eles, o de saúde – constituir-se progressivamente num espaço de valorização do capital, em virtude da tendencial queda da taxa de lucros dos capitalistas, sobretudo no setor industrial. Como explicitam Silva Jr., Sguissardi (2001, p. 102), “a expansão do capital na sociedade, em suas diversas atividades, produz uma tendência de saturação e uma conseqüente queda da taxa geral de lucros, obrigando o movimento de expansão a redirecionar-se para outros espaços nos quais a saturação ainda não se deu”. Embora o estudo destes autores se refira à educação superior no Brasil, podemos inferir que, sob a mesma lógica, as mudanças pelas quais vem passando o setor saúde no Brasil têm como pano de fundo

um movimento mais amplo de mudanças na economia (base produtiva) e na reconfiguração do Estado [o que] requer que se considere como pressuposto e como hipótese que esse processo de reforma [na saúde] está se dando no contexto e como consequência: a) do movimento de passagem do regime de acumulação fordista para o denominado de acumulação flexível (mundialização do capital, financeirização, desemprego, desregulamentação da economia, etc.); b) do movimento da propalada diminuição do Estado, que se apresenta contraditoriamente como privatização do Estado e como um processo de desconcentração e maior controle sobre os setores da economia e dos serviços do Estado (Saúde, Educação, etc.) [...] levado a cabo pelas políticas neoliberais (SILVA JR; SGUISSARDI, 2001, p. 19).

Os autores advertem, ainda, que o entendimento do processo de expansão do capital para outros setores – ainda não organizados segundo sua lógica –, bem como da redefinição histórica das esferas pública e privada, faz-se por meio da compreensão da própria dinâmica do capitalismo, que tem como necessidade estrutural a manutenção da taxa de lucros (SILVA JR; SGUISSARDI, 2001).

Na mesma corrente, o decurso da expansão do capital para o setor saúde – que implica na mercantilização destes serviços – traz consigo a necessidade de reorganizar o processo de trabalho para torná-lo mais eficiente e produtivo; um fenômeno denominado por muitos de reestruturação produtiva do trabalho, embora não seja consensual entre os autores, sua definição, características e consequências. Dito em outros termos, enquanto a mercantilização da saúde é decorrente da expansão do capital para este setor, a reestruturação produtiva do trabalho é consequência da mercantilização, a fim de adequar a produção de serviços de saúde à lógica da produtividade/lucratividade do sistema capitalista. Especificamente na área da saúde, a junção destes fenômenos tem efeitos negativos na qualidade da assistência às pessoas, nas relações de trabalho e na qualidade de vida dos trabalhadores, considerando que, em última instância, suas finalidades são a máxima exploração da força de trabalho para obter lucros. Na ótica do aumento da produtividade, diversas são as estratégias de controle e reestruturação dos processos de trabalho a fim de torná-los mais lucrativos. Segundo Pires (1998, p. 19), “as mudanças no trabalho industrial e nos serviços estão influenciando o setor saúde, destacando-se o uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta e a terceirização”. A organização do trabalho em saúde, assim como no setor de serviços em geral, sofreu fortes influências do modelo taylorista/fordista de produção. Na atualidade, no contexto da reestruturação produtiva do trabalho, vem sendo influenciado por outros modelos, dentre os quais está o modelo de acumulação flexível, denominado Sistema Toyota de Produção, “que se converteu numa das principais referências teórico-práticas” (TUMOLO, 2001, p. 2) do capital, difundida inclusive para o setor de serviços em geral e para o setor de serviços de saúde em particular. Em síntese, o fenômeno que vem sendo denominado como reestruturação produtiva do trabalho tem como essência a difusão de inovações tecnológicas e organizacionais no mundo do trabalho, com o objetivo principal de aumentar a produtividade, a competitividade e, portanto, a lucratividade, através da racionalização do processo de trabalho e da intensificação da exploração sobre a força do trabalho, que se configura enquanto característica fundamental do novo padrão de acumulação de capital (TUMOLO, 2002).

Diante destas considerações, acreditamos que a reestruturação produtiva no setor saúde tem caráter essencialmente danoso – embora os capitalistas se sustentem no discurso de que as mudanças visam melhorar a qualidade da assistência –, porque é

decorrente e acompanha a penetração do capital no setor, em que o trabalho dos profissionais de saúde é transformado em trabalho produtivo (de mais-valia), tendo como objetivo primeiro a extração de lucro do conjunto de trabalhadores. Sob esta perspectiva, as alterações no processo de trabalho, assim como a mercantilização da saúde, tornam-se obstáculos à garantia da saúde como direito humano fundamental e, por isso, são o verso e anverso da negação do direito ao acesso – universal, igualitário e equânime – ao sistema de saúde.

Do trabalho improdutivo ao trabalho produtivo no setor saúde

O setor saúde, ao ser transformado em importante fonte de lucro e valorização do capital, conforma-se num sistema excludente ao passo que produz e vende a mercadoria serviço de saúde. Entretanto, esta mercantilização da saúde é verificável não somente com a expansão do setor privado, mas também com as alterações nas relações de produção no setor público. Isto é, com a nova reconceituação neoliberal do público/privado, as instituições públicas de saúde vêm sendo transformadas em entidades “públicas” de direito privado “sem fins lucrativos” denominadas de Organizações Sociais de Saúde (OSS) e suas variantes, OSCIPS, EBSEH⁸, Fundações e outras. Com estas mudanças, os hospitais públicos estatais são retirados da esfera da administração pública (sem o dever de realizar licitações públicas e concursos para pessoal de carreira) e passam a funcionar com a mesma lógica da instituição privada e atrelado ao capital (que explora o setor saúde), a partir do momento que podem terceirizar e colocar a estrutura pública, antes exclusiva do SUS, à disposição das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Além de que a gestão privada destas organizações não se submetem ao Controle Social do SUS.

Mediante essas considerações, faz-se necessário analisarmos a reconfiguração do setor saúde não somente a partir do crescimento do setor privado, mas também a partir do processo de estagnação e privatização indireta (conforme as diretrizes neoliberais) das instituições públicas para adequá-las à lógica mercantil. É preciso, assim, “lançar mão” de outro pressuposto para enriquecer a análise: que o capital, além de expandir-se para o setor saúde, vem transformando – por intermédio das instituições públicas de

⁸ OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) e EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), sendo que esta última é uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, para administrar os Hospitais Universitários Federais.

saúde – as antigas formas de trabalho improdutivo, de origem na relação de produção não capitalista, em trabalho produtivo (de mais-valia e capital), ou seja, o trabalho cujo objetivo é a produção de valor excedente para o capitalista, caracterizado pelo fato de o trabalhador produzir diretamente mais-valia, numa relação de compra e venda da força de trabalho, inserido num processo de valorização ampliada do capital investido versus processo de trabalho. Sendo assim, a categoria trabalho produtivo está no âmago da contradição trabalho *versus* capital. Como afirma Marx (1980, p. 398): “de um lado, o trabalhador cuja força de trabalho tem para si apenas valor de uso, do outro, o capitalista, que ao comprar a força de trabalho, consome-a adicionando-lhe meios de produção”. Já no *trabalho improdutivo* existe apenas “troca de dinheiro por trabalho, sem produzir capital” (MARX, 1980. p. 398). Por isso, o que devemos destacar nesta relação é que, para além do trabalho socialmente necessário à criação das condições de produção e reprodução da força de trabalho, surge o trabalho excedente, responsável pela produção de mais-valia e reprodução do capital.

Mediante esta análise, e por dedução, podemos dizer que, atualmente no âmbito das instituições públicas de saúde metamorfoseadas em Organizações Sociais de Saúde, é possível constatar (através das terceirizações, atendimentos por planos de saúde, por exemplo) as duas categorias: *trabalho produtivo e improdutivo*, através das diversas relações de trabalho aí estabelecidas. Na medida em que o capital se expande e as instituições públicas são transformadas em OSS, a tendência é que a maior parte do trabalho realizado no setor saúde se torne produtiva, além, é claro, da precarização dos contratos de trabalho e da intensificação da exploração da força de trabalho, aumentando a produtividade em detrimento da qualidade da assistência prestada à população. Se for assim, para que possamos analisar o processo de transformação das instituições públicas de saúde em “organismos sócio-operacionais” (CHAUÍ, 2001) – no contexto da reestruturação produtiva do trabalho –, inseridas direta e indiretamente no processo de valorização do capital, torna-se necessário diferenciarmos o trabalho que valoriza o capital (trabalho produtivo) daquele produzido apenas para a satisfação de necessidades humanas (trabalho improdutivo). Como afirma Tumolo (1996, p. 57),

Se o objetivo do capitalismo é a produção e extração de mais-valia e a decorrente acumulação de capital, então o trabalho produtivo não pode deixar de ser, no âmbito deste modo de produção, o fundamento objetivo determinante e, conseqüentemente, não pode deixar de ser, a categoria analítica chave [...]. Trabalho Produtivo é, portanto, a categoria analítica fundamental pois determina tanto o trabalho abstrato como o concreto.

Em suma, a importância de refletirmos sobre o caráter da produtividade/improdutividade do trabalho, no setor saúde, decorre não apenas da exploração privada da saúde, mas também do projeto de redefinição neoliberal, conceitual e prática, do público e do privado, com o objetivo de retirar da tutela do Estado a garantia dos direitos sociais, como a saúde, e ao mesmo tempo maximizar o seu papel a serviço dos capitalistas. Em outras palavras: Estado mínimo para o povo e máximo para o capital.

Conclusão

Mediante estas reflexões feitas a partir de um referencial teórico em que consideramos o setor saúde como parte de uma totalidade social historicamente determinada, acreditamos que o fenômeno da mercantilização da saúde e a consequente reestruturação produtiva do trabalho – verso e anverso da mesma moeda – traz profundos impactos (negativos) na assistência à saúde, cuja síntese é a exclusão/negação do direito de acesso ao sistema de saúde. Trata-se de um processo impulsionado pela hegemonia neoliberal, que vem atingindo todas as instituições públicas estatais. Particularmente no setor saúde, significa o desmantelamento do SUS, visto que, enquanto por um lado há restrições ao desenvolvimento do Sistema Público, por outro há privatizações, mercadorização e reestruturação do trabalho em saúde para promover o desenvolvimento capitalista, cuja lógica a história tem mostrado que é a intensificação das contradições sociais, isto é, a produção de miséria humana (em todos os sentidos) de modo inversamente proporcional à produção/acumulação de riquezas.

Através do pacto de liberalização da economia, Estado e capital se empenham para reverter o esgotamento do antigo padrão de acumulação de capital, provocado pela diminuição da taxa global de lucro nas diversas esferas da produção, principalmente no setor industrial. Valem-se, por conseguinte, de duas táticas fundamentais e simultâneas: a reestruturação produtiva do trabalho – para aumentar a produtividade intensificando o trabalho –, a fim de diminuir o preço das mercadorias produzidas para sobressair-se na concorrência intercapitalista, e a expansão dos investimentos de capital para outras áreas da economia como o setor saúde – transformando-o em importante campo para o processo de reprodução do capital e a serviço dele.

Contudo, ao valer-se delas, além das contradições que levam o capital ainda mais para a crise, surge uma outra – já referida sinteticamente – em virtude das

mudanças no setor saúde. Isto é, sob o modo de produção capitalista, enquanto de um lado a saúde – como bem que se refere à vida – é condição sem a qual o trabalhador não pode vender sua força de trabalho, ou seja, o trabalhador precisa ser saudável para poder ser produtivo e ingressar (ou manter-se) no “mercado de trabalho”, de outro, o setor saúde ao ser invadido pelas relações capitalistas de produção, converte seus serviços em mercadorias que, para efetivar o valor excedente, devem ser vendidas no mercado, por sua vez lócus de exclusão de grande parcela da população. Em suma, é no processo de mercantilização da saúde que se origina e se aprofunda esta contradição, vale dizer: a negação universal do direito à saúde.

Em sentido diverso, conforme defendemos antes (MARTINS et al., 2006) ao considerarmos a saúde como condição sem a qual o ser humano não pode suprir sua necessidade humana de “transformar [criativamente] o mundo natural e social para fazer dele um mundo mais humano” (VAZQUEZ, 1977, p. 3) e, conseqüentemente, reproduzir-se como ser humano, o produto das práticas de saúde não pode ter outro caráter que não seja o universal e igualitário. Caráter que, acreditamos, é incompatível com a exploração dos serviços de saúde através da propriedade privada dos meios de produção e da força de trabalho. Por isso, consideramos que a negação do direito à saúde deve ser analisada no contexto das relações capitalistas e da propriedade privada dos meios de produção: razão de existência do capitalismo. Assim, a abordagem da problemática exige uma reflexão sobre a profunda crise em que se encontra o Sistema de Saúde brasileiro, o qual não tem conseguido promover saúde e propiciar o acesso – no sentido universal, igualitário e equânime – à população brasileira. Neste sentido, como propõe Cantor (2012), é preciso resgatar – mediante o pensamento crítico – a essência de uma reflexão que não se limite à mera contemplação, aceitação ou apologia de todo o existente. É nesta direção que nos orientamos e, portanto, diante desta necessidade, este trabalho – que traz considerações preliminares a serem aprofundadas – se justifica pela urgência de se investigar o fenômeno na sua essência, a fim de apresentar estratégias de intervenção e, quiçá, propostas de transformação da realidade do Sistema Único de Saúde brasileiro. Sem, contudo, perder de vista o problema na sua totalidade, pois, como afirma Cristina Possas (apud MINAYO, 2000, p. 190), “não existe nenhuma alternativa de solução dos problemas de saúde da população brasileira que possa ser buscada apenas no interior do próprio setor SAÚDE”.

Referências

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2012a. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2012.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde (ANS). **Dados gerais**. 2012b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>> Acesso em: 03 ago. 2012.
- CANTOR, Renán Vega. Elogio del pensamiento crítico. **Revista Herramienta**, Buenos Aires, n. 50, p. 131-140, jul. 2012.
- CHAUÍ, Marilena. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: UNESP, 2001.
- COHN, Amélia; ELIAS, P. Elias. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- LÓPEZ, Emiliano; VÉRTIZ, Francisco. Capital transnacional y proyectos nacionales de desarrollo em América Latina. **Revista Herramienta**, Buenos Aires, n. 50, p. 21-36, jul. 2012.
- MARTINS, Pedro Paulo Scremin; PRADO, Marta Lenise do; REIBNITZ, Kenya Schmidt. Por Uma Práxis de Enfermagem Criativa e Reflexiva. **Revista Ciencia y Enfermería**, Chile, v. XII, n. 2, p. 15-22, 2006.
- MARX, Karl. **Teorias da mais-valia**. Livro 4, v. 1 de **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- _____. **O capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.
- MÉSZÁROS, István. **O século XXI: socialismo ou barbárie?** São Paulo: Boitempo, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annabluma, 1998.
- RODRIGUES, Paulo Henrique; SANTOS, Isabela Soares. **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

SILVA JR, João dos Reis; SGUISSARDI, Valdemar. **Novas faces da educação superior no Brasil**: reforma do estado e mudanças na produção. 2. ed. Bragança Paulista, SP: Cortez, 2001.

TEIXEIRA, Francisco J.S. (Org). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**. São Paulo: Cortez; Fortaleza: UECE, 1996.

TUMOLO, Paulo Sérgio. Reestruturação Produtiva no Brasil: um balanço crítico introdutório da produção bibliográfica. **Revista Educação & Sociedade**, Florianópolis, n. 77, p. 77-99, dez. 2001.

_____. Trabalho: categoria sociológica chave e/ou princípio educativo? O trabalho como princípio educativo diante da crise da sociedade do trabalho. **Revista Perspectiva**, Florianópolis, v.14, n. 26, p. 39-70, jul./dez. 1996.

_____. **Da contestação à conformação**: a formação sindical da CUT e a reestruturação capitalista. Campinas, SP: Editora UNICAMP, 2002.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da práxis**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.