



**7º Encontro Internacional de Política Social**  
**14º Encontro Nacional de Política Social**  
**Contrarreformas ou Revolução:**  
**respostas ao capitalismo em crise**  
**Vitória (ES, Brasil), 03- a 06 de junho de 2019**

---

**Eixo: Mundo do trabalho**

**INFORMALIDADE E SAÚDE PÚBLICA: reflexos da privatização e precarização**

**Resumo**

O presente artigo analisa os rebatimentos deletérios que a saúde pública brasileira vem sofrendo ao longo dos anos com a frente de privatização das políticas públicas, principalmente a partir da desresponsabilização do Estado e da transferência de ações e gerenciamento por parte da sociedade civil. Apesar dos avanços da saúde como política pública, o que se percebe na realidade é a desconstrução do conceito público de saúde por parte do Estado e de grupos dirigentes a favor do capital e do setor privado como esfera privilegiada para o gerenciamento da saúde no Brasil. Diante disso: Quais os rebatimentos da construção dos direitos sociais para segmentos de trabalhadores que foram ao longo dos anos aviltados e excluídos desse processo: os trabalhadores informais.

**Palavras-chave:** Informalidade; Saúde Pública; Privatização; Precarização.

**INFORMALITY AND PUBLIC HEALTH: reflections of privatization and  
precarization**

**Abstract**

This article analyzes the deleterious rebats that Brazilian public health has suffered over the years with the privatization of public policies, mainly from the state's deaccountability and the transfer of actions and Management by civil society. Despite the advances in health as a public policy, what is perceived in reality is the deconstruction of the public health concept by the state and of leadership groups in favor of capital and the private sector as a privileged sphere for health management in Brazil. In this way: What are the rebats of the construction of social rights for segments of workers that have been over the years defaced and excluded from this process: informal workers.

**Key-words:** Informality; Public Health; Privatization; Precarization.

**Introdução**

O artigo em tela foi escrito a partir de análises e pesquisas bibliográficas sobre a temática durante o período de Doutorado em Serviço Social pelo PPGSS/UFRJ, tendo como apoio e financiamento da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O artigo traz como escopo principal a análise da saúde pública brasileira a qual vem sofrendo, ao longo dos anos, com a frente de privatização das políticas públicas e sociais, principalmente a partir da desresponsabilização do Estado e da transferência de ações e gerenciamento por parte da sociedade civil. A partir disso, refletir sobre a gênese e desenvolvimento do direito à saúde para o trabalhador informal,

demonstrando a precarização da aquisição dos direitos sociais para estes trabalhadores a qual dependem inteiramente das políticas públicas de saúde.

Assim, na primeira parte é exposto que o descaso com a saúde pública não é recente e retrata desde a época do início da industrialização no Brasil. O que se verifica nesse período são ações de cunho corporativistas que visam a garantir a alguns segmentos de trabalhadores proteção à saúde e vicissitudes decorrentes do meio ocupacional. As reivindicações por melhores condições de saúde são sentidas em todo o processo histórico de luta desde ao Projeto de Reforma Sanitária até à promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 que consolida a saúde como direito de todo cidadão, sem qualquer distinção, e dever do Estado em prover tal política pública. Na segunda parte teço reflexões sobre os rebatimentos da construção dos direitos sociais para segmentos de trabalhadores que foram ao longo dos anos aviltados e excluídos desse processo: os trabalhadores informais.

### **Saúde pública no Brasil: um direito em processo de construção**

A realidade do sucateamento da saúde pública no Brasil contemporâneo é consequência de um longo processo de expropriação das redes públicas da saúde, inclusive com o aval do Estado, demonstrando o descaso com os cidadãos e usuários dependentes do serviço público de saúde. Mas qual a origem de tal precarização e desumanização?

Remonta da década de 1920 a gênese da saúde brasileira, com o chamado “novo século”, pestes se proliferaram, tais como, a varíola, a tuberculose, entre outras, sem contrapartida do atendimento público de saúde à grande massa populacional. Os atendidos eram realizados através de instituições filantrópicas de caridade, principalmente nas Igrejas e Santa Casas. Nessa época, a questão social era vista como “caso de polícia”, com o emprego da força e da coerção diante da população que reivindicava qualquer forma de intervenção pelo Estado.

Com o novo modelo empregado para estimular o mercado interno através da substituição de importações, verifica-se um significativo avanço de indústrias no Brasil, transformando profundamente as relações de trabalho ora existentes. A lei Elói Chaves (1923) é um exemplo dessas vicissitudes, onde o Estado interfere, pela primeira vez, na assistência médica da população, inaugurando as CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensões), com o financiamento tripartite: Estado, capital e trabalhadores. Porém, nesse

período, somente certas categorias profissionais usufruíam desse direito garantido por lei, como por exemplo, os marítimos, ferroviários e bancários, ou seja, as classes mais combatentes politicamente e funcionais ao modo de produção capitalista na época.

Criam-se, logo após, os IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões) para cada categoria profissional. Os IAPs eram aposentadorias e pensões compulsórias descontadas mês a mês no salário dos trabalhadores, mas esse capital arrecadado não retornava em benefícios para os mesmos. Na realidade grande parte era destinada para financiar a industrialização no país que crescia significativamente. Com a Ditadura do Estado Novo, na década de 1937, Getúlio Vargas cria o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio para maior organização e controle dos trabalhadores.

Para Viana (2000), numa visão mais geral, a unificação através dos IAPs, “representaram a agregação de direitos sociais ao conjunto de leis trabalhistas implementado por Vargas, como parte de seu projeto de reorganização do processo acumulativo, para encaminhar o conflito entre capital e trabalho” (VIANA, 2000, p. 140).

A indústria farmacêutica, outro polo que lucrava com investimentos públicos na área privada, crescia à medida que se construía enormes hospitais privados. Na década de 1950, então, inaugura-se o Ministério da Saúde. A política desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek ampliava na proporção dos capitais estrangeiros que se abarcavam no Brasil, período que se verifica enorme avanço da assistência médica privada e dos planos de saúde, financiados pelo dinheiro do trabalhador brasileiro, além de empréstimos concedidos pelo Estado a juros irrisórios. O cenário vantajoso das empresas privadas de saúde nesse período em detrimento da saúde pública é exposto por Bravo (2008).

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. (BRAVO, 2008, p. 92).

O Brasil passa pelo Golpe Militar de 1964 atravessado por torturas, desaparecidos políticos e muita censura, com um saldo enorme de miseráveis e condições absurdas de saúde pública. Institui-se em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que unifica todos os IAPs, beneficiando somente quem

contribuía para o Estado. Bravo (2008) destaca duas características básicas desse processo: “o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores” (BRAVO, 2008, p. 93).

Assim, a proliferação e universalização dos direitos sociais e da “cidadania” nesse período se deram de forma precária, que

expandiu a população contribuinte (e beneficiária), mas desintegrou os esquemas associativos que lhes asseveravam voz; impondo à política social ao mesmo tempo uma racionalidade privatizante – tecnicamente justificada – e um papel de moeda de troca no mercado político, desencadeou a sua (perversa) americanização (VIANA, 2000, p. 145).

A privatização da saúde em grande escala se alarga nesse período através da compra de serviços privados, contratação de hospitais e subsídio de prestadores que faziam parte da rotina do INPS. Verifica-se uma exaltação da medicina curativa em detrimento da medicina preventiva com o fortalecimento do setor hospitalar privado e com ganhos vantajosos do setor público, sendo o seu maior financiador.

O Estado delegava suas funções para o setor privado com o discurso de desonerar o ônus estatal através dos chamados convênio-empresa ao qual o “Estado privilegiou a compra de serviços de terceiros convertendo o INPS no maior comprador de serviços médicos do país, com o que obrigou o setor privado a se tornar um fornecedor competitivo” (VIANA, 2000, p. 147).

Todo esse processo desencadeou o que Viana (2000) denominou de “universalização excludente”, que significou um processo seletivo e individualizante, expressando as contradições da implantação das políticas públicas no país, fundamentalmente as políticas de saúde, que relegou as demandas coletivas por saúde ao segundo plano.

Durante a década de 1970 aumenta-se a especulação em relação ao dinheiro da Previdência Social, com o desvio de verbas para obras faraônicas, como a ponte Rio - Niterói, a Usina de Itaipu – a maior da América Latina - entre outras. Todos esses eventos, sem o mínimo de interesse com a fiscalização desses recursos por parte do Estado, agravam ainda mais a situação da saúde no Brasil. Observa-se um aumento generalizado das epidemias e acidentes de trabalho devido ao descaso e a falta de recursos para a implementação de políticas públicas efetivas.

A reivindicação por melhores condições de saúde, na década de 1980, vem condensada por uma crítica aos recursos públicos destinados para financiar a saúde privada. Assim que os hospitais particulares conseguiram se capitalizar, se desvincularam do governo, diminuindo o número de leitos e não repassando os recursos do financiamento para o Estado.

A saúde enquanto direito de todos – universalidade – e dever do Estado se consolida no Brasil com a Constituição Federal Brasileira promulgada em 05 de outubro de 1988. Mas para se chegar a esse patamar de fundamentação, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade<sup>1</sup> fez-se necessário um processo de inflexão histórica e, principalmente, de vultosas participações da sociedade organizada, com a intenção de proclamar a saúde de qualidade para todos e sem distinção de classe social. Portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) integra um sistema universal e democrático de garantia e acesso á saúde.

Esse projeto público de saúde foi gestado por atores sociais que entram em cena a partir da abertura democrática em meados da década de 1970 e 1980. O ponto de partida das mudanças tão desejada do Projeto de Reforma Sanitária ocorreu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília – Distrito federal<sup>2</sup>.

Projeto de Reforma Sanitária entendida por Paim (2008) como um projeto de Reforma Social enquanto “fenômeno histórico e social” que abarca uma processualidade analítica desencadeada pela conjuntura histórica em que os atores estão envolvidos, que

Poderia ser analisada como ideia-proposta-projeto-movimento-processo: ideia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam

---

<sup>1</sup> Conforme Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu artigo 198, diz que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Parágrafo Único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 2013, p. 58).

<sup>2</sup> O temário central da Conferência versou sobre: I – A saúde como direito inerente a personalidade e á cidadania; II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III – Financiamento setorial.

práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008, p. 36).

Assim esse movimento que inicia em meados da década de 1970 se gesta a partir da relação entre saúde e democracia tendo dois elementos centrais: o primeiro é o crescimento de encontros e produções teóricas na área de saúde coletiva e o segundo é a mobilização forte dos profissionais de saúde em torno dos interesses coletivos, vinculados ao importante movimento de moradores e associações de bairros por melhores condições de saúde, principalmente relacionadas ao saneamento básico (BRAVO, 1996).

Nesse cenário de efervescência política, o controle social sobre as políticas públicas de saúde se tornam a chave central para implementação desse novo perfil de saúde gestado por sujeitos políticos e históricos que erguem essa bandeira, em prol do mais amplo acesso democrático à saúde no Brasil. O controle social se fortalece e consolida através dos conselhos municipais de saúde, conferências, fóruns, entre outras formas de participação efetiva da sociedade civil<sup>3</sup>. Sendo inclusive como requisito para repasses de verbas e subsídios públicos para a gestão municipal.

Cohn e Elias (2002) trazem a importância desses espaços deliberativos e, ao mesmo tempo as contradições que podem expressar tais espaços.

O controle social assim concebido traduz a preocupação central que inspirou a reforma sanitária no país: a ênfase na legitimação das decisões políticas setoriais em contraposição à ênfase no exercício, através desse espaço, do controle público. Em resumo, parceira da luta pela democratização das instituições políticas no país, a participação social por meio dos Conselhos de Saúde menos do que um espaço e um mecanismo de controle público, isto é, de um instrumento de participação social que trouxesse para as instâncias deliberativas os interesses do bem comum, acabam sendo confundidos como espaços de representação de interesses comuns dos segmentos organizados da sociedade que neles tivessem assento. (COHN e ELIAS, 2002, p. 175).

Historicamente o controle social numa perspectiva clássica é a ação do Estado sobre a sociedade civil. Na Constituição Federal de 1988 essa visão se inverte, caracterizando o controle social da sociedade civil sobre as ações do Estado, através do acompanhamento e transparência das verbas públicas implementadas pelo Estado, bem como do uso adequado e correto da gestão pública.

---

<sup>3</sup> Aqui, sociedade civil é entendida, nos termos de Gramsci, como um espaço de disputa de interesses de classe objetivando a hegemonia da direção social, econômica e cultural (DURIGUETTO et al., 2008).

A partir da década de 1990, com implementação de políticas neoliberais, esse cenário muda de direção novamente e se localiza em outro foco de disputa: as privatizações com seu acesso restrito apenas àqueles que têm acesso ao mercado. É isso que Conh e Elias (2002) veem acontecendo no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo: o privado entranhando no público e lhe retirando todas as forças, através de um poder ideológico massivo que diz “combater” a lentidão e burocratização do setor público. Cenas ilustrativas que também retratam essa introdução do privado no público estão presentes no filme: “Invasões bárbaras”, de Denys Arcand.

Afetando o direito de universalidade e democracia, a privatização na área da saúde vem de encontro ao projeto gestado inicialmente para a proposta do SUS. E se reveste de outra lógica da Reforma do Estado no Brasil, engendrado, principalmente a partir da década de 1990.

Projetos societários distintos são postos em disputa no cenário político: o projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, sendo este primeiro com concepções mais coletivas e universais e o segundo com uma concepção individualista e fragmentada da realidade social. Sobre os fundamentos do Projeto de Reforma Sanitária, Bravo e Matos (2007) enfatizam: “melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública com controle social” (BRAVO e MATOS, 2007, p. 199).

Em posição contrária a esse projeto, o princípio da universalidade vem sendo rebatida pelo Projeto médico-assistencial privatista, que se encontra articulado à lógica do mercado para os que têm plenas condições de acesso, “pautado na política de ajuste neoliberal que têm como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO e MATOS, 2007, p. 200). Política essa que vem ao encontro da “contra-reforma” (BEHRING, 2003) do Estado iniciado na década de 1990, que transfere as funções essenciais do Estado para a sociedade civil, vide as Fundações e Organizações Sociais implementadas desde então.

Atualmente com as reformas advindas dos últimos anos, principalmente com a aprovação da PEC do Teto<sup>4</sup> dos gastos públicos (ou PEC 241/55), os direitos sociais enfrentam mais uma dura perda em todos os sentidos. Conforme a referida

---

<sup>4</sup> A PEC do Teto refere-se à Emenda Constitucional nº 95, de 15 de Dezembro de 2016 que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

Proposta de Emenda Constitucional, que congela os gastos públicos do governo por vinte anos, a receita se encontra na racionalidade dos custos de uma forma geral, inclusive o reajuste do salário mínimo acima da inflação irá depender do governo manter suas despesas em dia. Os prejuízos são sentidos em todos os âmbitos dos direitos sociais, inclusive nos recursos advindos da seguridade social, que tem como um dos tripés a saúde pública.

### **Reflexos da precarização para o trabalhador informal**

A processualidade história brasileira revela que o trabalhador informal ou autônomo sempre foi relegado ao segundo plano nos direitos trabalhistas e/ou ingressa tardiamente nos direitos sociais, principalmente quando se refere aos direitos previdenciários e de saúde pública. Essa conjuntura de exclusão ao mercado formal de trabalho deixou marcas que são sentidas até hoje no cenário social, político e econômico.

O Brasil sinalizava um “adeus” ao século XIX e adentrava para o novo século com momentos de turbulência e transformação, tanto na economia como na política. Para sinalizar algumas medidas que marcaram as atividades do trabalho informal, vale destacar as mudanças urbanísticas da reforma Pereira Passos implementado na primeira década do século XIX trazendo um novo episódio para os trabalhadores informais, fundamentalmente os localizados no Rio de Janeiro. Com uma noção de higienizar a cidade, a reforma consistia em um amplo projeto de urbanização e revitalização, pois era necessário eliminar as doenças e epidemias, principalmente a febre-amarela, que rondavam as ruas e vielas do Rio de Janeiro. Assim, era preciso dar um novo conceito de Brasil que se despontava no panorama mundial.

Para Abreu (2006), a reforma Pereira Passos nada mais é do que uma forma de expulsar as classes dominadas do centro da cidade, deslocando-os para a periferia. Com um discurso higienista de fundo e com um Estado aparentemente preocupado com a saúde da população em geral, essa reforma reorganizou o espaço urbano da cidade muito próximo do que se deflagra atualmente: dicotomizando o centro do subúrbio. Segundo o mesmo autor, a Reforma Passos foi significativa em três pontos.

Em primeiro lugar, ela representa um exemplo típico de como novos momentos de organização social determinam novas funções à cidade, muitas das quais só podem vir a ser exercidas mediante a eliminação de formas



antigas e contraditórias ao novo momento. Em segundo lugar, representa o primeiro grande exemplo de intervenção estatal maciça sobre o urbano, reorganizado agora sobre novas bases econômicas e ideológicas, que não mais permitam a presença de pobres na área mais valorizada da cidade. (...) Finalmente, o período Passos se constitui um exemplo de como as contradições do espaço, ao serem resolvidas, muitas vezes geram novas contradições para o momento de organização social que surge. É a partir daí que os morros situados no centro da cidade, até então desprestigiados como local de residência passa efetivamente a ser ocupados, dando origem a uma nova forma de habitação popular – a favela (ABREU, 2006, p. 142).

Constata-se, portanto, uma segregação de classes em posições distintas. O capitalismo nascente no Brasil generaliza suas mazelas para o espaço urbano, degradando cada vez mais as condições de vida das “classes subalternas”.

Ao longo dos anos, os espaços urbanos foram ocupados não só por negros libertos da escravidão, mas também por imigrantes e brancos pobres, ou seja, parcela considerável da população que não tinha outro recurso a não ser vender a sua força de trabalho para o capital; e quando não o podiam fazer, a estratégia alternativa era ingressar no trabalho informal através da venda de mercadorias como forma de sobrevivência numa sociedade em constante transformação.

Nessa conjuntura, o trabalhador informal que vendiam suas mercadorias nas ruas também seria alvo da reforma urbanística. O primeiro passo foi a regulamentação desse tipo de atividade que ocorreu através do Decreto nº 997, de 13 de outubro de 1904 que oficializou o funcionamento de feiras nos fins de semana nas ruas e logradouros da cidade do Rio de Janeiro. Com o intuito do controle por parte do Estado sobre tal atividade, “os ambulantes sofreram perseguições, controle e críticas, já que suas práticas eram consideradas insalubres e atrasadas, todavia, nesta época, a preocupação era com a higiene e limpeza da cidade” (GOMES, 2006, p. 221).

A conjuntura do mercado de trabalho brasileiro galga sinais de regulamentação com o advento e ampliação das leis trabalhistas na era Vargas, mas somente para segmentos especializados e selecionados que se faziam presente na produção capitalista nascente. Esse espraiamento dos direitos trabalhistas foi chamado por Santos (1979) de “cidadania regulada”, que

outorgava-se o estatuto da cidadania apenas aos membros da comunidade nacional localizados em ocupações regulamentadas pelos preceitos legais, o que transformava em pré-cidadãos todos aqueles cujo trabalho a lei desconhecia: na época, além do mercado informal urbano, que continua praticamente “desconhecido” até hoje, autônomos, domésticos e trabalhadores rurais, ou seja, a maioria da população (VIANA, 2000, p. 141).

A ampliação da mão de obra excedente, durante o respectivo período, produzirá um crescimento vertiginoso do trabalho informal<sup>5</sup>. A partir das décadas de 1950 e 1960, a questão da informalidade estará em pauta nos relatórios e reuniões de importantes organizações internacionais preocupados em entender essa nova dinâmica engendrada pela sociedade capitalista.

O cenário histórico dos direitos sociais e trabalhistas das políticas públicas brasileiras, fundamentalmente direcionadas à saúde e previdência social, nem sempre ou quase em nenhum momento, privilegiou a camada de trabalhadores informais. Antes da promulgação da Constituição de 1988, os indivíduos excluídos do mercado formal de trabalho se viam perante uma via de mão dupla: além da privação de melhores condições de trabalho associados ao registro em carteira, também eram relegados à exclusão da cobertura médico-hospitalar, nesta época à mercê da assistência ofertada pelas Santas Casas de Misericórdia, disputando o parco atendimento aos pobres e indigentes, sob forma de caridade e filantropia.

A conjuntura social desse segmento vislumbra maiores oportunidades com os direitos garantidos pela Seguridade Social<sup>6</sup> a partir da constituição de 1988. Assim, a saúde e a assistência social são os direitos sociais com maior alcance de acessibilidade desses trabalhadores, sendo a previdência social ainda em regime de seguro social, ou seja, mediante contribuição pecuniária em contrapartida do usufruto do benefício.

No Brasil, o aumento considerável da informalidade se inicia principalmente no começo da década de 1990, paralelamente à efetivação das ações neoliberais, tais como privatizações de empresas estatais, abertura do mercado brasileiro, entre outras medidas flexibilizadoras. Com a reestruturação produtiva também há mudanças “in loco” no mundo do trabalho, criando-se novas profissões e banindo-se outras que existiam anteriormente, principalmente com o advento da “era da informática”, da robótica e da microeletrônica. A indústria reduz o número da força de trabalho: o que faziam cinco, seis ou mais operários, apenas um realiza a mesma

---

<sup>5</sup> Somente a partir da Lei 5.890, de 8/6/73 que os trabalhadores autônomos ingressarão no âmbito da Previdência Social.

<sup>6</sup> A Seguridade Social é composta pelo tripé: saúde – assistência – previdência. A saúde é uma política pública universal, a assistência social é um direito de quem dela necessitar e a previdência é um direito para os que contribuem. Em tempos de crise do capital, Mota problematiza em que contexto se insere a seguridade social nas últimas décadas, que “significa discuti-la no contexto das medidas de enfrentamento da crise que, invariavelmente passam por reestruturações na base produtiva, pela desvalorização da força de trabalho e pelo redirecionamento dos mecanismos de regulação estatal. De igual modo, significa reconhecer que as consequências objetivas dessas iniciativas visando o enfrentamento da crise apontam para a penalização dos trabalhadores, principalmente porque implicam desemprego, redução dos salários e cortes de despesas com seguridade social (MOTA, 2011, p. 42).

operação. É o advento da tecnologia, aumentando, com isso, o exército industrial de reserva, provocando uma grande expulsão da mão de obra na indústria produtiva, o que faz crescer, conseqüentemente, o trabalho informal como forma de alternativa de sobrevivência.

É apresentada como “única” alternativa: precarizar as condições de vida do trabalhador, diminuindo o valor de sua força de trabalho, desmontando assim a lógica do pacto econômico até então vigente. Portanto, a recomposição capitalista que se reformula na crise de 1970 tem como eixo a destruição do pacto social com a classe trabalhadora e o ajuste de valores da força de trabalho. Outra fase do capitalismo iniciava-se devido ao esgotamento do padrão de desenvolvimento vigente. Dessa forma, introduz-se a lógica neoliberal que emergem transformações econômicas e ditam formas de organização da economia para a sociedade, uma vez que não há mais o “perigo eminente” do comunismo - com a divisão da URSS e a queda do muro de Berlim -, o mundo agora sobrevive somente com um sistema vigente: o modo de produção capitalista.

Com a implantação do neoliberalismo tem-se um processo de “contrarreforma” do Estado (BEHRING e BOSCHETTI, 2008), pois com a implantação desse novo modelo econômico, avança o retrocesso nas conquistas alcançadas anteriormente pelos trabalhadores. Esse cenário se expressa em perda de direitos dos trabalhadores, na privatização de serviços sociais, entre outras medidas. As políticas públicas, como a saúde, tornam-se mercadorias com foco na mercantilização dessas políticas.

Tendo como escopo o fortalecimento do Estado mais eficiente e gerencial e com um verniz modernizante, a chamada burocracia estatal e “a aparente polêmica sobre a reforma do Estado se pauta na ineficiência deste - como se fosse inexorável – travestindo-a de um tecnicismo, já que a crise nunca é entendida como uma crise orgânica do capital” (BRAVO e MATOS, 2007, p. 206).

Portanto, mínimo de Estado para o social, e em contrapartida, o máximo de Estado para investir e subsidiar empresas privadas. Mínimo para o trabalho e máximo para o capital, “criando um movimento mini-max, onde os investimentos seriam mínimos para o trabalho e, máximos para o capital”. (SADER apud COUTO 2006, p. 33).

Nesse cenário de regressão das políticas públicas, o trabalhador informal sempre se encontra na rebarba dos direitos sociais e trabalhistas, sempre fora da

“cidadania regulada” moderna, tendo que arcar sozinho com os custos do trabalho e da saúde. São esses mecanismos de autonomia que estão por trás da ilusão do trabalho informal enquanto discurso ideológico falacioso de ser seu próprio patrão.

### **Considerações Finais**

Assim, apesar dos avanços e êxitos da saúde como política pública não contributiva, o que se percebe na realidade é a desconstrução do conceito público de saúde por parte do Estado e de grupos dirigentes a favor do capital e do setor privado como esfera privilegiada para o gerenciamento da saúde no Brasil. Nesse cenário de disputa, têm-se projetos diferenciados com percepções de cunho distintos, logrando uma linha tênue entre o público e o privado.

Com as reivindicações através dos movimentos populares de Reforma Sanitária logram-se políticas sociais efetivas, como na área da saúde pública por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), com a garantia da saúde “universal”. Mesmo com toda essa articulação em prol da efetivação da saúde pública, a pressão em relação à privatização da saúde no Brasil avança perfazendo um movimento dicotômico perverso de exclusão social dos cidadãos: para os realmente pobres, a saúde pública é a saída; já a saúde privada destina-se para os que podem pagar.

Corte nos gastos públicos é um dos carros-chefes da propaganda neoliberal, pois há um gasto demasiado com políticas públicas e sociais. De acordo com a política neoliberal, os direitos sociais são exagerados, que só servem para onerar o Estado. Portanto, políticas sociais, tais como, saúde, educação, ajuda aos desempregados e aposentadorias devem ser responsabilidade não apenas do Estado, mas também da sociedade civil que deve fazer sua parte, decorrendo daí o apelo ao voluntarismo e à solidariedade.

Diante dos acontecimentos históricos, Bravo (2008) vislumbra na pauta do dia, a emergência de mais um projeto em disputa, diferente dos anteriormente vistos: A “Reforma Sanitária Flexibilizada” ao qual procura combater as desigualdades no plano geral, mas fortalecendo o capital através do fenômeno do entrelaçamento entre o setor público e o setor privado – mix público-privado.

Portanto, a crise e o caos na saúde pública não são de agora, mas sim de um longo processo histórico carregado de desigualdades e contradições inerentes em seu próprio sistema. Cabe à sociedade analisar e criticar que contextos permeiam os novos

rumos da saúde pública no Brasil. Como usuários do Sistema Único de Saúde, a classe trabalhadora aglutina forças diante da lógica privatista que desmantela os direitos outrora conquistados, seja através do conformismo ou da rebeldia, adensando os poucos movimentos sociais na atualidade.

Um dos caminhos é a privatização que bate às portas da saúde, onde privilegia somente os que podem pagar, ou seja, uma classe ou grupo de elites; um rumo diferenciado rege-se pela reafirmação da saúde pública como direito, assim como instituiu a Constituição Federal de 1988. Creio ser este o caminho a ser seguido, certo de que a luta é grande e demanda participação de todos: população, trabalhadores da saúde, comunidade, entre outros.

### **Referências Bibliográficas**

ABREU, Maurício de. **Evolução Urbana do Rio de Janeiro**. 4 ed. Rio de Janeiro, IPLANRIO/Jorge Zahar Editor: 2006.

BHERING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008 (Biblioteca Básica do Serviço Social; v. 2).

\_\_\_\_\_. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez/UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_ e MATOS, Maurício Catro de. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In.: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P (orgs). Política Social e Democracia. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, 05 de outubro de 1988. Senado Federal. Mesa Diretora. Biênio 2013/2014. Brasília, 2013.

COHN, Amélia e ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Equidade e reformas da saúde nos anos 90**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 2002.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

DURIGUETTO, Maria Lúcia et al. Descentralização administrativa, políticas públicas e participação popular. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n° 96: Cortez, novembro 2008.

GOMES, Maria de Fátima Cabral Marques (org.). **Cidade, Transformações no Mundo do Trabalho e Políticas Públicas**: a questão do comércio ambulante em tempos de globalização. Rio de Janeiro: DP&A: Faperj, 2006.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos, **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**, Rio de Janeiro, E d . Campos, 1979.

SCHMIDT, Mario Furley. **Nova História Crítica**. São Paulo: Nova Geração, 1999.

VIANA, Maria Lucia Werneck Vianna. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

### **Filmografia**

Invasões Bárbaras. Produção de Denys Arcand. Canadá. 2007. Filme (112 min)