

POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE: ESTATIZAÇÃO X PRIVATIZAÇÃO

ROCHA; R. B. ¹
UNISEPE- Faculdade São Lourenço- São Lourenço- MG

Resumo

Para se compreender a relação entre o público e o privado no contexto da esfera da saúde, é necessário entender a priori a relação do contexto sócio histórico de construção das políticas sociais, especificamente quanto a política social de saúde. Assim, por meio das transformações sócio históricas ocorridas no período dos ajustamentos da saúde, faz-se saber a importância da Constituição Federal de 1988, que foi um marco regulatório no que tange esta esfera. É visto também os aspectos que envolvem a privatização da saúde brasileira por meio de convênios e clínicas particulares. Tem-se como motivo para tal demanda privada a precarização da saúde pública brasileira, onde o sistema de saúde se torna ineficaz e insuficiente para atender a todas as demandas que lhe são postas. Desta maneira, compreender a relação da estatização e da privatização se torna fundamental para se compreender o contexto da política de saúde nos moldes do sistema brasileiro.

Palavras- chave: Público, Privado, Política Social de Saúde.

Abstract

O understand the relationship between public and private in the context of the health sector, it is necessary to understand a priori the relation of historical socio construction of social policies, specifically regarding social health policy. Thus, by means of socio historic transformation in the period of health adjustments is made to know the importance of the Constitution of 1988 was a regulatory framework regarding this sphere. It is also seen aspects involving the privatization of Brazilian health through health plans and private clinics. It has been as a reason for such private demand the precariousness of public health in Brazil, where the health system is ineffective and insufficient to meet all the demands that are put. Thus, understanding the relationship of nationalization and privatization becomes fundamental to understand the health policy framework along the lines of the Brazilian system.

Keywords: Public, Private, Social Health Policy.

Introdução

No contexto da realidade atual é de assaz valia se compreender a relação presente na esfera que abrange o público e o privado no âmbito da política social de saúde. Assim este artigo se embasa primeiramente na compreensão do processo sócio histórico das políticas sociais como um todo, partindo da Lei Eloy Chaves e Constituição Federal de 1988.

Posteriormente se abrange a evolução da saúde, até os moldes do SUS- Sistema único de saúde, para por fim discutir especificamente sobre esta questão da estatização e privatização da saúde no contexto brasileiro.

Assim, temos como problema: Qual a relação que se estabelece entre o público e o privado na esfera da política social de saúde?

Por meio desta problematização, tem-se como objetivo geral compreender a relação que se estabelece entre o público e o privado na esfera da política social de saúde.

Para alcançarmos tal objetivo geral, partiremos dos seguintes objetivos específicos:

- i. Reconstituir o processo sócio histórico das políticas sociais;
- ii. Compreender especificamente a política social de saúde: da criação do SUS;
- iii. Discutir sobre a questão da estatização x privatização no âmbito dos moldes do sistema de saúde brasileiro.

Como procedimentos metodológicos, cabe dizer que este estudo foi construído através do levantamento de dados encontrados na literatura já existente. Foram realizadas pesquisas bibliográficas por meio dos livros, e artigos disponibilizados nas bases de dados da Scielo, onde foram consultados artigos originais e de revisão sobre o tema escolhido.

A relevância deste trabalho centra-se na possibilidade de se lançar luzes sobre um importante segmento de ação do Estado, revelando como instrumentos privados podem entrar em conflito com um conjunto de práticas públicas relativas ao direito constitucional da saúde.

1. Discussão

1.1 O processo sócio histórico das políticas sociais:

Quando a política social é visto que “ sua literatura é extensa e variada. As concepções em torno da ação estatal na área social, além de serem numerosas, não apresentam consenso conceitual. Assim, a política social é um termo largamente usado, mas que não se presta a uma definição precisa. O sentido em que é usado em qualquer contexto particular é em vasta matéria

de conveniência ou de convenção [...] e nem uma, nem outra, explicará de que trata realmente a matéria (YAZBEK, 2002).

A autora admite que “política social pode ser definida em termos relativamente estreitos ou largos. Nada existe de intrinsecamente certo ou errado em tais definições, na medida em que sejam apropriadas à tarefa em vista. Como não existe um consenso para a caracterização de política social, não só pelas razões já citadas, mas também pelo fato de que nenhum modelo teórico se isenta de apresentar problemas, a definição de um conceito único é uma tarefa em grande medida subjetiva e, muitas vezes, impossível” (YAZBEK, 2002).

Coimbra (1987) assinala que nem [...] sequer uma definição adequada do que é política social existe nas principais abordagens [...], todas as abordagens teóricas ao estudo da política social, por mais diferentes que sejam umas das outras, se igualam na adoção de definições puramente somatórias, pobres teoricamente e muito insatisfatórias metodologicamente. (COIMBRA, 1987).

É observado que as “políticas sociais no Brasil ainda carecem de uma ótica global. Neste sentido é que se percebe a dificuldade de pensar a política social via Estados de Bem-Estar (Welfare State) ou mesmo discutir a validade de tal conceito para enquadrar os esquemas vigentes, pois a literatura nacional ainda é bastante setorializada, por políticas específicas e com predominância em termos metodológicos da análise empírica, voltada apenas para descrever estágios alcançados ou deficiências reveladas. Portanto, a baixa densidade teórica tem como determinantes a visão fragmentada da questão social e a pouca definição do campo constitutivo das políticas sociais.” (GERSCHMAN, 2004).

Desta maneira,

a compreensão do formato que assume o atual sistema de proteção social brasileiro, é importante para entender como foi se desenvolvendo historicamente o sistema desde seus primórdios. A constituição do sistema foi dirigida principalmente por elementos históricos particulares do país, que estão ligados às peculiaridades do desenvolvimento capitalista no Brasil – principalmente que o crescimento das funções estatais, com a correspondente complexidade de suas tarefas de regulação socioeconômica e o crescimento de seus quadros técnicos e burocráticos, foi incorporado proporcionalmente às novas responsabilidades do poder público em virtude do jogo tenso de interesses historicamente constituídos na sociedade brasileira. (GERSCHMAN, 2004).

A partir do embasamento desses conceitos e discussões acerca das políticas sociais, cabe a ilustração do quadro abaixo, que assinala e sintetiza a evolução e os principais marcos da legislação de seguridade:

QUADRO 1

Evolução dos principais marcos da legislação de seguridade (1919-1963)

Ano	Caracterização sumária da legislação	Status
1919	Assinatura da Convenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre acidentes de trabalho – seguros contratados	Vigente
1923	Lei Eloy Chaves, disciplinando regulamentos de aposentadorias e pensões	Ativo até 1966
1931	Criação do Ministério do Trabalho, responsável pela Previdência Social	Vigente até 1967
1940	Criação do Salário Mínimo, referência para os pisos previdenciários	Vigente
1943	Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), garantindo o direito à previdência	Vigente
1945	Criação do Instituto dos Serviços Sociais do Brasil (ISSB), unificando e universalizando a previdência	Sem efeito até 1988
1947	Proposta de unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)	Retomada em 1957
1952	1º Estatuto consolidado dos servidores públicos, tratando de previdência	Vigente
1953	Extinção das Caixas e Aposentadoria e Pensão (CAPs) e sua incorporação aos IAPs	Vigente até 1967
1960	Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)	Vigente
1960	Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação	Sem efeito
1962	Extinção da idade mínima para aposentadorias por tempo de serviço	Vigente
1963	Determinação da criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural)	Sem efeito

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), vários anos.

A partir do quadro acima, podemos compreender a evolução sócio histórica que ocorreu no contexto brasileiro de seguridade entre os anos de 1919 e 1963, para posteriormente chegarmos a constituição de 1988 que enfatiza a saúde neste âmbito de seguridade social provida pelo Estado.

O quadro seguinte demonstra a evolução cerca do contexto das políticas sociais em âmbito geral.

QUADRO 2

Evolução dos principais marcos das políticas sociais (1966-1987)

Ano	Caracterização sumária da legislação	Status
1966	Centralização dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social	Vigente no INSS
1966	Extinção da estabilidade no emprego e criação do FGTS	Vigente
1967	Criação do Ministério do Trabalho e Previdência Social	Vigente até 1974
1967	Incorporação de acidentes de trabalho ao INPS, extinguindo seguros contratados	Vigente
1970	Criação do Programa de Integração Social (PIS)	Vigente
1971	Criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funnural), para atender trabalhadores rurais com benefícios restritos	Vigente até 1988
1972	Permissão do acesso dos empregados domésticos à previdência social	Vigente
1974	Criação da Renda Mensal Vital (RMV) para idosos ou deficientes que contribuíram até doze meses	Vigente
1974	Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social	Vigente
1977	Criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (Sinpas), especializando ações por função (saúde, previdência, assistência e gestão)	Reformado
1977	Legislação dos fundos de pensão fechados (empresas) e abertos (bancos e seguradoras)	Vigente
1978	Extinção do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores dos Estados (Ipase) e discriminação dos servidores estatutários (Regime Próprio de Previdência Social – RPPS) e não estatutários (Regime Geral de Previdência Social – RGPS)	Vigente até 1988
1986	Criação do seguro-desemprego	Vigente
1982	Criação da contribuição sobre faturamento (atual Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins) para financiar ações sociais	Vigente
1987	Extinção do Banco Nacional da Habitação (BNH)	–

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), vários anos.

Assim, vemos área da saúde, houve uma “mudança significativa na proteção oferecida à população após a Constituição. Nos anos 1980, essa proteção calcava-se principalmente em iniciativas “curativas”, centradas na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares. Poucas ações apresentavam perfis “preventivos”, com outros tipos de serviços de saúde – a exceção a ser mencionada era a vigilância sanitária e epidemiológica, organizada em algumas regiões do país. Além disso, nesse período, a proteção por meio de serviços ambulatoriais e hospitalares estava direcionada apenas à população que se inseria formalmente no mercado de trabalho urbano. Ou seja, um extenso grupo que se ocupava como assalariados sem carteira, trabalhadores autônomos ou trabalhadores familiares, por exemplo, só contava com a assistência filantrópica à saúde – com todas as precariedades implicadas. Com a Constituição, este cenário se alterou bastante, pois se definiu a saúde como direito igualitário e universal, seja do ponto de vista “subjetivo” (toda a população – empregada ou não, urbana ou não – deve ter o mesmo direito à saúde) ou do ponto de vista “objetivo” (deve haver o mesmo grau de proteção contra todos os tipos de agravos). Mais do que isso, definiu-se que o foco principal das ações de saúde deve ser o “preventivo”, abrindo maior espaço para a oferta de uma série de serviços que não só os ambulatoriais e hospitalares.” (YAZBEK, 2002).

Em seu percurso histórico a Política Social brasileira vai encontrar na Constituição de 1988 uma inovação: a definição de um sistema Seguridade Social para o país, colocando se como desafio a construção de uma Seguridade Social universal, solidária, democrática e sob a primazia da responsabilidade do Estado. A Seguridade Social brasileira por definição constitucional é integrada pelas políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social e supõe que os cidadãos tenham acesso a um conjunto de certezas e seguranças que cubram, reduzam ou previnam situações de risco e de vulnerabilidades sociais (YAZBEK, 2002).

Estudos sobre as políticas sociais, particularmente na periferia capitalista (Behring e Boschetti, 2006; Sposati, 1988; Vieira, 1983 e 2004;) apontam que elas são estruturalmente condicionadas pelas características políticas e econômicas do Estado e de um modo geral, “as teorias explicativas sobre a política social não dissociam em sua análise a forma como se constitui a sociedade capitalista e os conflitos e contradições que decorrem do processo de acumulação, nem as formas pelas quais as sociedades organizaram respostas para enfrentar as questões geradas pelas desigualdades sociais, econômicas, culturais e políticas.” (Chiachio: 2006:13)

Nesta perspectiva a Política Social será abordada como modalidade de intervenção do Estado no âmbito do atendimento das necessidades sociais básicas dos cidadãos, respondendo a interesses diversos, ou seja, a Política Social expressa relações, conflitos e contradições que resultam da desigualdade estrutural do capitalismo. Interesses que não são neutros ou igualitários e que reproduzem desigual e contraditoriamente relações sociais, na medida em que o Estado não pode ser autonomizado em relação à sociedade e as políticas sociais são intervenções condicionadas pelo contexto histórico em que emergem (YAZBEK, p.4).

Segundo Jaccoud (2008), “as políticas sociais fazem parte de um conjunto de iniciativas públicas, com o objetivo de realizar, fora da esfera privada, o acesso a bens, serviços e renda. Seus objetivos são amplos e complexos, podendo organizar-se não apenas para a cobertura de riscos sociais, mas também para a equalização de oportunidades, o enfrentamento das situações de destituição e pobreza, o combate às desigualdades sociais e a melhoria das condições sociais da população”.

Corroborando com os estudos de Jaccoud, no que se refere às políticas sociais, Fleury (1994) assinala sob a égide do conceito de cidadania, onde as políticas sociais desenvolvem planos, projetos e programas direcionados à concretização de direitos sociais reconhecidos em uma dada sociedade, como constitutivos da condição de cidadania, gerando uma pauta de direitos e deveres entre aqueles aos quais se atribui a condição de cidadãos e seu Estado.

Para Vieira (2004) “sem justiça e sem direitos, a política social não passa de ação técnica, de medida burocrática, de mobilização controlada ou de controle da política quando consegue traduzir-se nisto. Na realidade, não existe direito sem sua realização. Do contrário, os direitos e a política social continuarão presa na letra da lei irrealizada”.

No que refere à política social na esfera brasileira, é visto que “ no brasil podemos encontrar em 1923 com a Lei Eloi Chaves, uma legislação precursora de um sistema público de proteção social com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Sendo que foi somente na primeira metade dos anos de 1930, que a questão social se inscreve no pensamento dominante como legítima, expressando o processo de “formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado “. Neste período, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) na lógica do seguro social e nesta década situamos a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o Salário Mínimo, a valorização da saúde do trabalhador e outras medidas de cunho social, embora com caráter controlador e paternalista. Progressivamente, o Estado amplia sua abordagem pública da questão, criando novos mecanismos de intervenção nas relações sociais como legislações laborais, e outros esquemas de proteção social como atividades educacionais e serviços sanitários, entre outros. Pela via da Política Social e de seus benefícios o Estado busca, portanto, manter a estabilidade, diminuindo desigualdades e garantindo direitos sociais, embora o país não alcance a institucionalidade de um Estado de Bem Estar Social. Em síntese, o Estado brasileiro buscou administrar a questão social desenvolvendo políticas e agências de poder estatal nos mais diversos setores da vida nacional, privilegiando a via do Seguro Social. “ (YAZBEK, 2002).

Conforme Arretch (1999) no que se refere à estrutura organizacional do Sistema de Proteção Social Brasileiro, o mesmo vem sendo profundamente redesenhada. À exceção da área de previdência, nas demais áreas da política social — educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular — estão sendo implantados programas de descentralização que vêm transferindo, um conjunto significativo de atribuições de gestão para os níveis estadual e municipal de governo (ARRETCH, 1999).

Assim, existe um processo de redefinição de atribuições e competências na área social que se modificará drasticamente, tendo em vista o padrão centralizado característico do formato prévio de nosso Sistema de Proteção Social, tal como constituído ao longo dos anos 60 e 70 (ARRETCH, 1999).

Conforme a autora, desde os anos 90 que o governo federal vem delegando a estados e municípios grande parte das funções de gestão das políticas de saúde, habitação, saneamento básico e assistência social. Onde o Sistema Brasileiro de Proteção Social vem modificando radicalmente seu formato institucional desde esses anos. Sendo que esta reforma está longe de ser homogênea para as diversas políticas e para o território nacional. Existindo uma significativa variação no que diz respeito à extensão do processo de descentralização estudado pela autora (ARRECH, 1999).

Quanto ao SUS, Arretch (1999), assinala que ele (SUS), alcançou taxas de adesão em cerca de 60% dos municípios brasileiros e estes, por sua vez, eram responsáveis por mais da metade das consultas médicas no Brasil em 1997, atrelado as regras constitucionais que o compõem, é visto que uma estrutura de incentivos é mais favorável à adesão do que aquela da municipalização da assistência social, e menos favorável do que a do programa de merenda escolar, por exemplo.

É visto que a política social é um mecanismo que o Estado utiliza para intervir no controle das contradições que a relação capitalismo-trabalho gera no campo da reprodução e reposição da força de trabalho, buscando o consenso entre os envolvidos, a fim de garantir a relação dominação-subalternidade., relação esta que se estabelece na contradição capital x trabalho (SPOSATI, 2003).

Desta maneira a o crescimento e multiplicação dos de movimentos sociais no Brasil como forma de mobilização e criação de espaços de pratica e política, faz dos confrontos como o Estado, elementos para a construção da cidadania. Onde a realização da cidadania tem que se fazer sob forma de solidariedade social, que avance enquanto organização das classes subalternizadas (SPOSATI, 2003).

Como resultado do movimento de redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2002), ao menos do ponto de vista normativo, ultrapassa a perspectiva de seguro social e inaugura a concepção de seguridade social. Esta é entendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2002, art. 194). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como integrantes da Seguridade Social introduziu a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restrita apenas aos beneficiários da Previdência Social (MONNERAT, 2007).

A incorporação da noção de seguridade no Brasil implicou em um redimensionamento significativo das três políticas que a integram. No caso da saúde, o reconhecimento de que “a

saúde é direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 2002, art. 196) marcou uma mudança significativa com o modelo seguritário representado pela medicina previdenciária, ampliando, assim, a própria concepção de direito à saúde (MONNERAT, 2007).

Conforme o autor, a promoção da saúde implica, no estabelecimento de agendas públicas com a participação de diversos atores para se alcançar mais saúde e uma melhor qualidade de vida (CAMPOS, 2003).

1.2A política social de saúde: da criação do SUS

De acordo com Sposati (2003), “a reforma sanitária brasileira dos anos 1980, abriu espaço em um contexto de crise do Estado e democratização do País, representando um movimento importante no sentido da construção de um sistema de saúde universal, calcado no reconhecimento da saúde como direito de cidadania e na inserção da política de saúde em uma lógica abrangente de seguridade social. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 constitui um marco para o Brasil e o diferencia da maioria dos países latino-americanos, cujos sistemas de saúde, na mesma década, sofreram ajustes visando a contenção de gastos públicos, a implantação de políticas focalizadas e a expansão de mecanismos de mercado, fruto de pressões de agências internacionais e processos nacionais de Reforma do Estado de inspiração liberal” (SPOSATI, 2003).

Assim,

Do ponto de vista da saúde, área que historicamente apresenta maior acúmulo em termos da experiência política, durante todo o período recente de consolidação institucional do SUS, não foi dada prioridade à implementação de estratégias de construção de um sistema de seguridade social, o que poderia ter ocorrido, mediado pela diretriz da intersetorialidade, presente no ideário da reforma sanitária. O fato é que a descentralização da saúde avança em termos do planejamento e gestão setorial, mas, na atualidade, observa-se que tais conquistas são limitadas pela persistência do modo fragmentado de produzir a política saúde no país. A área da saúde incorporou a diretriz da intersetorialidade em sua lei orgânica de 1990. Tal diretriz aparece como uma das dimensões que prevêem, na sua concepção, a integração intrasetorial da rede assistencial com a intersetorial, ou seja, a ação articulada com outras áreas de política social para produzir melhores resultados de saúde” (MONNERAT, 2007).

É visto que “a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu no bojo do processo de democratização do país. Destacaram-se nesse processo atores que anteriormente tinham menos peso no cenário nacional, como políticos das esferas subnacionais de governo e o “Partido Sanitário”, cuja atuação era legitimada pela forte tradição sanitária nacional. Na década de 1980, sanitaristas históricos passaram a ocupar posições-chave na estrutura organizacional dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.(CORDEIRO, 1991).

Os partidos políticos ressurgiram após o interregno autoritário. As demandas que provieram de suas bases políticas definiram perfis específicos e um corpo institucional diferenciado. Nesse momento, afloraram interesses setoriais que passaram a ser disputados pelos próprios partidos, seja com o objetivo de ampliar suas bases eleitorais, seja para construir um arco de alianças no Congresso que viabilizasse a luta política nessa instância. Foi uma época em que velhas forças e interesses dominantes na história política do país ressurgiram com grande força (SPOSATI, 2003).

O SUS nasceu “na contra-mão” de outras reformas setoriais nas décadas de 1980 e 1990. A proposta de atenção universal baseada na concepção da saúde como direito da cidadania e dever de Estado vai de encontro à dinâmica das reformas mundiais (Almeida, 2002). O princípio da descentralização sustenta-se em um desenho institucional que busca garantir a institucionalização de governos subnacionais e da população, via conselhos de saúde, como convém a sistemas universalistas e aos princípios de descentralização e controle social do SUS. Entretanto, esse arcabouço institucional ainda é débil e o SUS vem sendo reconhecidamente esculpido a “golpes de portaria” (GOULART, 2001).

A implantação do SUS é contemporânea a uma crise de financiamento no país que se reflete na saúde. O ápice dessa crise advém da retirada do financiamento da saúde pela Previdência Social, em 1993. Ainda assim, provedores privados, com presença cada vez mais organizada nas arenas decisórias, buscavam ampliar sua participação no setor público, de início no segmento de atenção básica. Nesse mesmo ano, um consórcio de associações de provedores que congregava planos, estabelecimentos privados e profissionais de saúde propôs ao governo o Plano Básico de Assistência Médica, que seria, em parte, financiado com recursos previdenciários (COSTA, 1998).

O SUS assume, assim, formatos condicionados por arranjos institucionais que o precederam e hoje o sustentam, e, com todas as contradições e embates, parece haver um significativo consenso em torno de sua preservação. Mas as principais decisões sobre o sistema de saúde do país são tomadas com base em acordos que não necessariamente refletem uma convergência de motivações e interesses. São modeladas por atores postados em pontos distintos da arena política e que podem ter maior ou menor poder de veto, segundo o arranjo institucional vigente (SPOSATI, 2003)

Os avanços da Constituição de 1988 na determinação da responsabilidade estatal em função da necessidade de proteção social dos cidadãos, pode-se destacar: i) a instituição da Seguridade Social como sistema básico de proteção social, articulando e integrando as políticas

de seguro social, assistência social e saúde; ii) o reconhecimento da obrigação do Estado em prestar de forma universal, pública e gratuita, atendimento na área de saúde em todos os níveis de complexidade; para tanto, o texto constitucional prevê a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão descentralizada e participativa; iii) o reconhecimento da assistência social como política pública, garantindo direito de acesso a serviços por parte de populações necessitadas, e direito a uma renda de solidariedade por parte de idosos e portadores de deficiência em situação de extrema pobreza; iv) o reconhecimento do direito à aposentadoria não integralmente contributiva (ou seja, parcialmente ancorada em uma transferência de solidariedade) dos trabalhadores rurais em regime de economia familiar; e v) o reconhecimento do seguro-desemprego como direito social do trabalhador a uma provisão temporária de renda em situação de perda circunstancial de emprego (GERSCHMAN, 2004).

1.3 Estatização x privatização no âmbito dos moldes do sistema de saúde brasileiro.

É questão relevante para compreensão da gestão e organização das políticas sociais perceber a forma e o grau de intensidade em que os setores estatais e privados interagem para oferecer os mais diferentes tipos de bens e serviços sociais aos cidadãos (YAZBEK, 2002).

Conforme a autora é importante alertar que, “ no caso brasileiro, sempre foi permitida a participação das forças de mercado na prestação de serviços sociais. Essa participação vai ser maior ou menor dependendo das condições de mercado e da oferta pública. Em relação aos projetos de incorporação da iniciativa privada empresarial, verificam-se desempenhos variados, dependendo das políticas sociais envolvidas”

No que refere a esta relação estatização x privatização, cabe assinalar o quadro abaixo que expressa a relação público/privado nas políticas sociais (anos 1980, 1995 e 2007):

Áreas de atuação	Gestão/organização		
	Anos 1980 (antes da CF/88)	1995	2007
Saúde	Basicamente fundado na assistência privada e na filantropia	Provisão de serviços pela modalidade direta (serviços próprios da administração pública) e indireta (pelo setor privado, com ou sem financiamento público). Setor privado detém a maior parte da rede hospitalar, parte da qual é contratualizada ou conveniada com o setor público. Em 1992, 75% dos leitos eram privados. Em 1998, cerca de 32 milhões informaram ter plano ou seguro de saúde (24,5% da população)	Mantém a situação anterior com a ampliação da participação pública e queda da participação privada nos leitos para internação (em 2005, foi de 66%). O crescimento da participação pública no total de leitos deve-se ao aumento da participação municipal que duplicou entre 1992 e 2005. Em 2003, 43 milhões declararam ter plano e seguro de saúde (24,5% da população)

FONTE: Disoc/Ipea.

As relações que se estabelecem entre o sistema público e o setor privado de saúde no Brasil se dá a partir da criação do SUS. Como foi visto, o SUS se mantém em uma relação entre a vertente estatal, que abrange: hospitais, redes de atenção básica, programas de saúde familiar, e por uma vertente privada, contratada ou conveniada, constituída pelos serviços particulares, tais como: clínicas, laboratórios e consultórios, e pelos serviços prestados por planos e seguros de saúde, a chamada saúde suplementar.

Assim conforme Gonçalves (2011), “os conceitos de público e privado podem ser tratados sob diferentes perspectivas, podendo ser identificadas variadas concepções sobre esses termos, dependendo do contexto histórico e analítico em que são utilizados. Isso se expressa também no campo da saúde, no qual a imprecisão ou, melhor dizendo, a polissemia conceitual também se manifesta, particularmente se não nos limitarmos ao escopo da atenção à saúde, mas pensarmos na categoria ‘saúde’ de forma mais ampla. Esta é usada muitas vezes de forma reducionista para se referir exclusivamente à forma de oferta da assistência à saúde, seja pelo setor empresarial (privado), seja pelo setor público (o Estado).” (GONÇALVES, 2011).

Desta maneira, “sob uma perspectiva mais ampla, a noção de público e privado, bem como a relação entre as duas categorias, assume uma grande variabilidade de significados sociais, históricos e disciplinares que não ofusca, porém, a relevância que os conceitos assumem tanto no debate teórico quanto político, no passado como no presente. Em que pesem as diferenças, é possível identificar pontos de conexão entre as diferentes concepções.” (GONÇALVES, 2011).

o espaço público é a esfera política por excelência e a esfera da liberdade, oposta à esfera privada, a qual é domínio da casa e da família, em que o senhor exerce controle sobre mulheres, escravos e crianças. A esfera privada é organizada para vencer a necessidade, condição para o exercício da liberdade que se dá na esfera política (pública). A esfera da família e a da política são entidades diferentes e separadas, distinguindo as atividades pertinentes a um mundo comum e as pertinentes à manutenção da vida. Enquanto na família prevalece a desigualdade, na polis prevalece a igualdade entre pares – essência da liberdade –, sendo que a política não visa à manutenção da vida, mas é a forma mais elevada de ação humana. (Arendt, 2001).

“A tensão entre esses dois domínios tende a caracterizar historicamente uma ascendência do privado sobre o público e uma resistência à ampliação do poder da esfera pública sobre as individualidades. A distinção público-privado se duplica na distinção política/economia, de forma que o primado do público sobre o privado é interpretado como o primado da política sobre a economia, ou seja, da ordem dirigida do alto sobre a ordem espontânea, sendo o processo de intervenção do Estado na regulação da economia designado como “publicização do privado” (Bobbio, 1987, p. 26). Trata-se de um processo que reflete a subordinação dos interesses do privado aos interesses da coletividade, representada pelo Estado que ‘invade’ a sociedade civil.”

No que se refere à “saúde como uma assistência privada, é visto que após a regulamentação governamental, iniciada no final dos anos 1990, receberam a denominação de assistência supletiva. Nesse caso, está focada em quem paga os serviços e as ações de saúde, como destaca Bahia (2009), dado que, no âmbito de cada um desses segmentos, pode haver (do ponto de vista jurídico) organizações de natureza pública ou privada na conformação das redes de prestação de serviços. Mais do que buscar uma suposta pureza conceitual, do ponto de vista prático e também analítico, a separação entre os dois conceitos não parece frutífera, visto que as formas de articulação entre eles se tornam bastante complexas e variadas, atualizando, também, no caso da saúde, a ideia de que o público se tornou dependente dos indivíduos singulares, ao mesmo tempo em que a afirmação do privado se tornou dependente da experiência da vida coletiva. Quando o privado ultrapassou a intimidade para englobar a atividade econômica organizada em torno do mercado, ao mesmo tempo em que as atividades econômicas atingem o nível público, questões pertinentes à esfera privada transformam-se em interesse coletivo e os interesses privados assumem importância pública. Também no campo específico da saúde no Brasil, o significado valorativo dos dois termos da dicotomia público-privado orientou, pelo menos no passado recente, os termos do debate entre os defensores da saúde enquanto direito, a partir do reconhecimento e da crítica de uma ‘privatização do público’ em função da penetração de interesses privados na esfera governamental. Essa crítica se

associou à defesa de uma ‘publicização do privado’, tendo como objetivo a garantia dos ‘interesses públicos’ no campo da saúde. Também nesse último caso, mais recentemente ensaia-se um debate sobre os limites da intervenção do Estado no âmbito privado, entendido não mais como o lugar da manifestação de interesses privados, mas na sua acepção não-política da esfera da intimidade. Caminham nesse sentido as críticas a uma suposta invasão da esfera privada em programas como o Saúde da Família e o Bolsa Família. E também no bojo do processo de democratização do país que, entre outras coisas, foi assumido por grupos da sociedade a defesa de desenhos institucionais participativos e a defesa da constituição de uma ‘esfera pública’ no âmbito do processo de formulação e gestão da política. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado de saúde. Essa proposta se traduziu concretamente na constituição de institucionalidades, como conselhos e conferências de saúde, enquanto espaços de formação de opiniões e vontades e de sua publicização, com rebatimentos institucionais a partir da possibilidade de influência de atores sociais no Estado, seja na construção das agendas das políticas públicas seja na sua formulação e controle. Essas não-exaustivas possibilidades de pensar o público e o privado na saúde sugerem a complexidade do tema, que abarca diferentes domínios, organizações e aspectos, além de que, na maioria das vezes, se manifestam de forma articulada com imbricações e sobreposições complexas e nem sempre muito claras.” (GONÇALVES, 2011).

a delimitação do público e do privado, a natureza das organizações que prestam serviços relacionados à assistência à saúde ou que são responsáveis pela gestão dessa assistência. Essa distinção coloca de um lado as instituições estatais (a assistência pública) e de outro as organizações empresariais (privadas). Especificamente, a presente reflexão é centrada na discussão do público e privado a partir da divisão entre a gestão estatal da assistência à saúde no âmbito do SUS e a gestão privada, de natureza empresarial ou associativa, que constitui a chamada assistência supletiva. Em geral, a análise desses dois segmentos em que se organiza a assistência à saúde no Brasil é feita de forma segmentada, sendo que o foco ou se centra no SUS ou se centra nos chamados planos de saúde. Raramente as imbricações entre os dois sistemas são consideradas, e muito menos as consequências da existência de um sistema dual para o financiamento, para a eficácia da assistência e para a sustentabilidade política do sistema público. Se não fazem parte das análises setoriais, muito menos a relação entre os dois sistemas está na agenda pública e/ou governamental, o que significa que não estão sendo formatadas propostas de políticas públicas alternativas, operando-se – para além da opacidade cognitiva – uma certa naturalização do estado de coisas vigente na política de saúde do Brasil, ou seja, a convivência entre um sistema público (sob a responsabilidade do poder público) e de um sistema privado (sob a responsabilidade de setores empresariais), apesar da existência de fortes vasos comunicantes entre os dois, quase nunca problematizados. (GONÇALVES, 2011).

Desta maneira, esta discussão da estatização e privatização se faz de forma pertinente no âmbito da política social de saúde nos moldes do sistema brasileiro. Partindo das

responsabilidades de cada ente federado, tem-se as diretrizes que cada esfera deve seguir, seja ela, federal, estadual ou municipal.

Considerações Finais

É sabido que com a Lei Eloy Chaves de 1923 foi o primeiro meio de criação de caixas de aposentadorias e pensões, bem como a reforma sanitária.

Assim é visto que a Constituição federal de 1988 foi o marco regulatório no que se refere ao tripé da seguridade social, que abrange: saúde, previdência e assistência social. Sendo caracterizada a saúde como um direito de todos, a assistência social é direito a de quem dela necessitar e a previdência social é direito de quem lhe é filiado, de quem contribui com ela.

Nos moldes brasileiro, sabe-se que o sistema único de saúde foi instituído em 1990 o que se deu um marco nesta esfera de política social.

Com a constituição federal de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, é na esfera pública que ela se efetivaria. Portanto não é isto que acontece, devido à precarização da saúde e ineficácia dos serviços prestados, a esfera privada tem ganhado força nesta dicotomia de dever de Estado x privatização.

Cada vez mais a saúde brasileira tem “sofrido” interferência de demandas privadas. Desta maneira, o setor privado vem atuando de forma a suprir as lacunas em aberto deixadas pela saúde pública ofertada e garantia pelo Estado brasileiro.

O SUS sendo um sistema que prevê a garantia nos mínimos sociais e de proteção e prevenção ao cidadão. Este sistema está sobrecarregado e com restrições tanto de transferência de recursos como de profissionais capacitados. Desta forma, o privado vem atuando sobre a forma de convênios e planos de seguro de saúde, hospitais e clínicas particulares.

Existem estudos que apontam que o setor privado gasta mais com saúde do que o setor público, a partir disto se mostra a importância de estudos que abrangem a esfera da estatização e privatização da questão da política social de saúde.

Hoje muito se discute sobre a privatização da saúde, a discussão se dá contra a esta privatização, onde busca-se uma saúde estatal de qualidade e não a privatização. Existe por vezes o mito de que a saúde privada oferta serviços de melhor qualidade dos que os ofertados pela esfera pública estatal.

Conclui-se assim que existem outros elementos que podem ser discutidos neste âmbito que envolve a estatização x privatização na política social de saúde, sendo pertinente dar continuidade a estudos que perpassam por esta esfera.

Referências

ARRETCHE, Marta T.S. (1995), “**Políticas de desenvolvimento urbano na crise: descentralização ou crise do modelo BNH?**”, in Elisa Reis, Maria Hermínia Tavares de Almeida e Peter Fry, Pluralismo, espaço social e pesquisa, São Paulo, Anpocs/Hucitec.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2002.

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. *Ciencia e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CHIACHIO, Neiri Bruno. **Caráter público da gestão governamental com organizações sem fins lucrativos**. O caso da Assistência Social. Dissertação de Mestrado, 2006.

COIMBRA, Marcos S. _ **Abordagens Teóricas ao Estudo das Políticas Sociais**, in Abranches, Sérgio e outros _ *Política Social e Combate à Pobreza*, Rio, Jorge Zahar, 1987.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

COSTA, L.P.E. e SODRÉ, F. et. al., 1998. **A experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e a prática do Serviço Social**. Vitória/ ES. Mimeo.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos**: Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994.

GERSCHMAN, Silvia; VEIGA, L.; GUIMARÃES, C.; UGÁ, Alicia; BARBOSA, Pedro; LEMOS, Sheila; PORTELA, Margareth & MURAD, Miguel. (2004), “**Estudo das operadoras e dos planos de saúde do setor hospitalar filantrópico/Estudo de satisfação dos usuários de**

planos de saúde de hospitais filantrópicos”. Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro, ENSP/ANS, ago.

Gonçalves AM. A mulher que cuida do doente mental em família. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem/UFMG; 2001.

GOULART, M. & Callisto, M. **Bioindicadores de saúde, a segurança e o bem-estar da população**; 2001.

JACCOUD, Luciana. **Proteção Social no Brasil: Debates e Desafios**. Brasília, IPEA, 2007.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. **Seguridade Social no Brasil: dilemas e desafios**. In: MOROSINI, M. V.; REIS, J. R. F. Sociedade, Estado e direito à saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**, 8.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VIEIRA, Evaldo. **Estado e Miséria no Brasil de Getúlio a Geisel**. São Paulo, Cortez, 2004.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Voluntariado e Profissionalidade na Intervenção Social**. In :Revista de Políticas Públicas do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas da UFMA. São Luis, UFMA, v.6, n.2, 2002.