

Isabelle Maria Mendes de Araujo¹

DIREITO À SAÚDE: ASPECTOS DO MODELO NEODESENVOLVIMENTISTA BRASILEIRO E DA PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

*The right to health: aspects of the Brazilian neodevelopmentalist
model and of the privatization of health*

¹ Universidade Federal de Pernambuco. Recife/PE, Brasil.

Correspondência: Isabelle Maria Mendes de Araujo. *E-mail*: isabellesaudelivre@hotmail.com.

Recebido em: 09/09/2014. Revisado em: 12/02/2015. Aprovado em: 07/04/2015.

RESUMO

Objetiva-se neste artigo debater sobre algumas correntes teóricas que analisam o chamado modelo neodesenvolvimentista brasileiro. Neste contexto, pretendemos abordar a questão da saúde e seu processo de privatização no país, compreendendo a relação público-privada do financiamento da saúde e seus novos modelos de gestão. Para tal, realizaremos uma revisão crítica da literatura sobre tais temáticas, apresentando possíveis sínteses para compreensão do quadro atual da saúde brasileira. Nessa direção, tratar a saúde como direito nas sociedades capitalistas é uma tarefa que envolve diversos atores e também o que historicamente foi construído em torno da apropriação privada da saúde e seus setores dominantes. Constatamos a transferência de recursos públicos para o incentivo do setor privado da saúde antes e depois do SUS, além da transferência, nos últimos anos, da administração pública ao setor privado. Observamos que a herança neoliberal da década de 1990 criou as bases para o atual modelo econômico, atingindo de forma compensatória e limitada as classes populares, bem como as raízes da seguridade social – na qual a saúde é uma das faces atingidas pelas contradições do sistema, sendo ferido, pois, o direito à saúde.

Palavras-Chave

Economia; Financiamento Público; SUS.

ABSTRACT

This study aims to contend specific current theories that analyze what is known as the Brazilian neodevelopmentalist model. Thus, we plan to discuss the issue of health and its privatization process in Brazil. We consider the relationship between the private and the public sector when regarding financing healthcare and its new management models. For this, we will critically review the literature on these topics and will present syntheses to aid in the understanding of the current Brazilian healthcare situation. In this context, treating health as a right in capitalist societies is a task that involves many different players; however, it also involves what was historically constructed around the private appropriation of health and its dominant sectors. We discuss the transfer of public resources to private sector incentives in health before and after the establishment of the Brazilian National Public Health System. Furthermore, we report on the public administration of the private sector in recent years. We note that the neoliberal heritage from the 1990s created the basis for Brazil's current economic model, which results in the limited and compensatory reach of healthcare among Brazilian citizens of lower socioeconomic classes. It also reflects the roots of social security, in which health is one of the factors affected by contractions in the system. Thus, the right to health is further limited.

Keywords

Brazilian National Public Health Systems; Economics; Public Financing.

Introdução

Ao considerar o contexto atual em que o Brasil se encontra como uma das maiores economias mundiais, sobre o fulcro do novo-desenvolvimentismo, e que o país, todavia, continua mantendo restrições de gastos para o sistema de seguridade social, com repercussões para a saúde pública, o presente artigo pretende trazer algumas reflexões acerca desse cenário, evidenciando o debate em torno do neodesenvolvimentismo enquanto modelo econômico brasileiro.

Para esse debate, instiga-nos a discussão de diferentes correntes teóricas a respeito da caracterização de tal modelo econômico. Desse modo, além da dimensão estrutural econômica, pretendemos discutir o campo da saúde, apreendendo-o enquanto direito social, e seu histórico processo de privatização no contexto pré- e pós-implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para tal, faremos uma revisão crítica sobre a relação público-privada do financiamento da saúde, observando o papel do Estado, o desenvolvimento das empresas privadas em saúde, o repasse de recursos públicos para o setor privado e a dimensão da terceirização da administração pública, historicizando a apropriação privada da saúde no Brasil.

Como veremos, o debate do neodesenvolvimentismo não nos permite negar traços ainda prevaletentes da dependência analítica da formação social brasileira, apesar das mudanças em curso em sua historicidade. A exploração dos trabalhadores se dá tanto pela apropriação da mais-valia, como pela via do consumo, pois “geram-se enormes contingentes de populações disponíveis, conservadas como força de reserva, em condições subumanas, mas dependentes do mercado para a sua subsistência”¹.

A forte retomada do chamado (neo)desenvolvimentismo a que assistimos nos últimos governos brasileiros tem como tendência a imagem do desenvolvimento como parte de um contínuo “progresso” capaz de superar as mazelas do processo irreversível de produção capitalista. Todavia, nos alerta *Mota*² que, na América Latina, de modo geral, o desenvolvimento dessa etapa do capitalismo deparou com condições históricas particulares, principalmente no que diz respeito aos projetos de governantes que durante as eleições realizadas nos anos 1990 construíram discursos que tinham como pilares fundamentais o crescimento econômico com desenvolvimento social.

Não obstante tal programática, os países da região não puderam fugir do movimento de internacionalização da economia, incorporando-se à dinâmica mais geral dos processos especulativos e à manutenção da exploração do trabalho pelo capital, com expressivos reflexos na questão social dos países.

¹FONTES, V. *O Brasil e o capital-imperialismo*. Rio de Janeiro: EPSJV; Ed. UFRJ, 2010. p. 87.

²MOTA, A. (Org). *As ideologias da contrarreforma e o serviço social*. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2010.

I. O modelo de desenvolvimento econômico brasileiro e a questão social

Segundo *Atilio Boron*³, o desenvolvimento do capitalismo possui caráter histórico, envolvendo o papel de diferentes agentes, a inserção de países em um mercado mundial marcado por profundas assimetrias, e a centralidade na problemática política e estatal.

Nessa perspectiva, para compreendermos o atual modelo econômico brasileiro, há de se visitar correntes teóricas econômicas tanto no campo conservador ortodoxo, como no campo heterodoxo. No campo conservador, encontramos a visão da ortodoxia econômica (neoliberal), que, de acordo com *Santos*⁴, abarca três grandes linhas argumentativas: (i) que o crescimento econômico, por si próprio, não trará a redução das desigualdades; (ii) que os gastos sociais no Brasil não são baixos; pelo contrário, o que é preciso fazer é torná-los mais eficientes, melhorando a alocação de recursos e focalizando-os nos segmentos mais atingidos pela pobreza; e (iii) propostas de desenvolvimento baseadas no investimento do “capital humano”, nas reformas tributárias, previdenciárias e trabalhistas, nos programas de microcrédito etc. Em relação ao pensamento econômico heterodoxo, por sua vez, ensaiam-se os primeiros passos de uma contraofensiva ideológica, apostando-se na crise do neoliberalismo na América Latina – tendo-se, desse modo, a gradual retomada de temas como o desenvolvimento econômico e a equidade social.

Para o mesmo autor, no campo heterodoxo emerge o novo-desenvolvimentismo, que seria uma corrente contemporânea do pensamento econômico nacional nascido em meados da década de 1950, gestado na Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal) e no Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB). Estas instituições começaram um processo intelectual de formulação teórica sobre as condições estruturais do subdesenvolvimento periférico, com ênfase nas especificidades da América Latina. Até aproximadamente 1960, o chamado nacional-desenvolvimentismo gozou de enorme prestígio intelectual e político na América Latina, sendo considerado o pensamento hegemônico à época, com destaque para pensadores como *Ignácio Rangel*, *Celso Furtado* e *Helio Jaguaribe*⁵. No entanto, o modelo de desenvolvimento preconizado pelos desenvolvimentistas – baseado fundamentalmente na industrialização – não alcançou os resultados esperados em termos, por exemplo, da autonomia nacional e da modernização dos setores econômicos e sociais mais atrasados da região.

³BORON, A. Duro de matar: el mito del desarrollo capitalista nacional. In: Anais do IX ENCUENTRO INTERNACIONAL DE ECONOMISTAS SOBRE GLOBALIZACIÓN Y PROBLEMAS DEL DESARROLLO, 9. La Habana: Asociación Nacional de Economistas y Contadores de Cuba, anec. Palacio de Convenciones, 2007.

⁴SANTOS, R. *Crescimento econômico e equidade social: o modelo novo-desenvolvimentista de intervenção sobre a “questão social”*. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3. São Luís-MA, 2007.

⁵BIELCHOWSKY, R. *Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. Rio de Janeiro: IPEA, 1988.

Para Santos⁶, esse quadro referente à hegemonia do nacional-desenvolvimentismo e do relativo otimismo quanto às possibilidades de autodeterminação dos povos e nações da periferia desaparece nos anos 1980, com o neoliberalismo. Essa estratégia ideológica-política das classes dominantes, endereçada aos movimentos operários dos países centrais, ao comunismo do Leste Europeu e aos movimentos de libertação nacional do Terceiro Mundo, atingiu indiscriminadamente a todos, e o debate sobre o desenvolvimento econômico e social saiu de cena para dar lugar à agenda política neoconservadora na perspectiva da liberalização dos mercados, da estabilidade dos preços e da privatização dos bens públicos. O cenário brasileiro dos anos 1990 evidencia claramente a política econômica neoliberal, privatizante, nos governos de Fernando Collor e de Fernando Henrique Cardoso.

Recentemente, diferentes autores estão conceituando a atual política econômica brasileira com expressões como “novo-desenvolvimentismo” e “neodesenvolvimentismo”⁷, entre outras. Para Sicsú⁸ e Santos⁹, o principal objetivo dos novos-desenvolvimentistas seria delinear um projeto nacional de crescimento e desenvolvimento econômico combinado a uma melhora substancial nos padrões distributivos do Brasil. A consecução deste objetivo passaria, necessariamente, por um determinado padrão de intervenção do Estado na economia e na “questão social”, principalmente no tocante à redução da pobreza inerente às economias capitalistas.

Já para o economista Bresser-Pereira¹⁰, o novo-desenvolvimentismo seria um “terceiro discurso” entre o discurso populista e o da ortodoxia convencional (neoliberal) e, ao mesmo tempo, o conjunto de diagnósticos e ideias para a formulação, por cada Estado-Nação, de sua estratégia nacional de desenvolvimento. Seria, assim, um conjunto de propostas de reformas institucionais e de políticas econômicas, por meio das quais as nações de desenvolvimento médio buscariam, no início do século XXI, alcançar os países desenvolvidos. Para o autor, o antigo desenvolvimentismo não é uma teoria econômica que se baseia principalmente na macroeconomia *keynesiana* e na teoria econômica do desenvolvimento, mas sim uma estratégia nacional de desenvolvimento.

Para o mesmo autor, trata-se da maneira pela qual países, como o Brasil, podem competir com êxito com os países ricos e, gradualmente, alcançá-los. É o conjunto de ideias que permite às nações em desenvolvimento rejeitar as propostas e

⁶SANTOS, R. *Crescimento econômico e equidade social: o modelo novo-desenvolvimentista de intervenção sobre a “questão social”*, cit.

⁷SISCU, J. et al. Por que novo-desenvolvimentismo? *Rev. Econ. Polit.*, São Paulo, v. 27, n. 4, dec. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-31572007000400001>.

⁸Id. *Ibid.*

⁹SANTOS, R. *Crescimento econômico e equidade social: o modelo novo-desenvolvimentista de intervenção sobre a “questão social”*, cit.

¹⁰BRESSER-PEREIRA, L. O novo desenvolvimentismo e a ortodoxia convencional. *São Paulo em Perspectiva*, v. 20, n. 3, p. 5-24, jul./set. 2006.

pressões dos países ricos de reforma e de política econômica, como a abertura total da conta capital e o crescimento com poupança externa, na medida em que essas propostas representam a tentativa de neutralização neoimperialista de seu desenvolvimento. É a forma como empresários, técnicos do governo, trabalhadores e intelectuais podem se constituir em nação real para promover o desenvolvimento econômico¹¹.

Desse modo, de acordo com *Bresser-Pereira*¹², o tripé novo-desenvolvimentista para um país se desenvolver aproveitando as forças do mercado seria: (i) manter a estabilidade macroeconômica; (ii) contar com instituições gerais que fortaleçam o Estado e o mercado, com um conjunto de políticas econômicas que constituam uma estratégia nacional de desenvolvimento; e (iii) promover a poupança interna, o investimento e a inovação empresarial.

Ora, o que o autor caracteriza não seria o amadurecimento do capitalismo no Brasil? Expressando sua formação social capitalista, desenvolvida, perfeitamente integrada ao capitalismo internacional?

Embora a concepção novo-desenvolvimentista aborde a intervenção estatal na “questão social”, concretamente sua dimensão político-econômica caracteriza-se como uma roupagem do mesmo capitalismo histórico do país, ao aprofundar a relação capital-trabalho de exploração. Nos alerta *Santos*¹³ que o tipo de combate à exclusão social proposto passaria necessariamente pelo crescimento econômico a taxas acima de 5%, ou seja, a tese é de que o crescimento econômico é o principal fator para a redução das desigualdades sociais. O principal meio para a redução das desigualdades sociais, dizem os novos-desenvolvimentistas, são as políticas econômicas de corte *keynesiano* – controle de capital, expansão do gasto público, câmbio fixo e redução das taxas de juro – e a promoção da equidade social, entendida como igualdade de oportunidades.

Todavia, na configuração atual da questão social brasileira, não houve nenhuma regressão estrutural na modalidade de exploração do trabalho imperante no país.

Em *Bresser-Pereira*¹⁴ encontramos que o desenvolvimento é um processo de acumulação de capital e de incorporação de progresso técnico por meio do qual a renda por habitante ou, mais precisamente, os padrões de vida da população aumentem de forma sustentada.

É de acordo com essa orientação que os governos, em todos os níveis (federal, estadual e municipal), criam mecanismos de crédito para os muito pobres investirem em pequenas empresas,

¹¹ BRESSER-PEREIRA, L. op. cit.

¹² Id. Ibid.

¹³ SANTOS, R. *Crescimento econômico e equidade social: o modelo novo-desenvolvimentista de intervenção sobre a “questão social”*, cit.

¹⁴ BRESSER-PEREIRA, L. op. cit..

constroem casas populares subsidiadas, investem em gastos sociais nas periferias das grandes cidades. Ou quando o governo federal, respondendo à pressão dos movimentos sociais, promove a reforma agrária, ainda que a justificativa econômica capitalista para os gastos correspondentes não seja clara. Quando os muito pobres se tornam pequenos empresários, seja porque obtiveram crédito, seja porque receberam um pedaço de terra, eles estão aos poucos se inserindo no mercado capitalista. Por outro lado, todos os gastos sociais com os pobres, principalmente os de educação e saúde, estão também melhorando a qualidade de vida do setor informal e, dessa forma, integrando-o ao moderno e superando a dualidade, não pela absorção do tradicional pelo moderno, mas pela melhoria das condições de vida dos pobres. O desenvolvimento só é possível com a integração da população pobre no processo¹⁵.

Como podemos perceber, há a incorporação de “aspectos sociais” ao conceito do “desenvolvimento” econômico. Como sistematiza Santos¹⁶, a ideia dos novos-desenvolvimentistas de mesclar crescimento econômico e equidade social não é nenhuma novidade. O debate arrasta-se por três décadas e, quando chega ao século XXI, suas formulações experimentam um grave retrocesso, pois não há um debate sobre a natureza e as funções do Estado no modo de produção capitalista, nem uma avaliação da fusão dos interesses das classes dominantes em torno do capital financeiro e da financeirização da riqueza e dos constrangimentos do mercado mundial à formação de um capitalismo autônomo.

Dessa forma, concordamos com Santos¹⁷ ao indagar sobre o que significa, em termos políticos e ideológicos, a integração dos “aspectos sociais” – via o conceito de equidade social, herdado da tradição liberal clássica e que aparece nos principais relatórios das agências multilaterais neoliberais – ao debate do neodesenvolvimentismo.

O reformismo social *keynesiano*, um dos pilares fundantes do projeto novo-desenvolvimentista, assenta-se na tese de que “a redistribuição (da renda e da riqueza) representa uma parte secundária em sua filosofia social – e, ainda assim, somente como parte do mecanismo da estabilização da macroeconomia, e não como um meio para um objetivo ideal como a igualdade”¹⁸.

Ora, a incorporação dos valores da justiça social ocorre não como um fim em si mesmo, mas para legitimar ações de técnicos do planejamento econômico. Os “aspectos sociais”, quando figuram em projetos heterodoxos de desenvolvimento,

¹⁵BRESSER-PEREIRA, L. op. cit. p. 45-46

¹⁶SANTOS, R. *Crescimento econômico e equidade social: o modelo novo-desenvolvimentista de intervenção sobre a “questão social”*, cit.

¹⁷Id. Ibid.

¹⁸SKIDELSKY, R. *Keynes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

figuram em termos secundários, adjetivos, uma espécie de retórica da consciência moral e ética dos formuladores da política econômica, que propõem intervenções na “questão social” ora para neutralizar opositores, à direita e à esquerda, ora para pacificar tensões sociais¹⁹. Em última instância, trata-se de luta pela manutenção da ordem econômica e da coesão social, e não de transformações estruturais visando a superação do modo de produção capitalista, eternizado e naturalizado como o sistema social capitalístico possível.

Por outro lado, alertam alguns autores, como Netto²⁰, tomar a “questão social” concretamente é apreendê-la como problemática configuradora de uma totalidade processual específica, é remetê-la à relação capital/trabalho – o que significa, liminarmente, colocar em xeque a ordem capitalista. A política social deve, pois, necessariamente se constituir de políticas sociais: recortadas como problemáticas particulares e, assim, enfrentadas.

II. Saúde: direito ou mercadoria?

Ao apreender o modelo econômico capitalista brasileiro, base estrutural que historicamente molda sua supraestrutura (relações sociais, jurídicas, políticas), percorreremos os caminhos do setor da saúde no Brasil, abordando-o como direito legitimado na Constituição Federal de 1988, assim como seus dilemas na relação do financiamento público-privado pré- e pós-implantação do SUS e seu processo histórico de privatização.

Na Constituição de 1988, encontramos que saúde é “direito de todos e dever do Estado”²¹ e que devem ser garantidos: “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”²². Nessa dimensão, Paim²³ elucida que a saúde pode ser entendida como um produto das condições objetivas da existência humana, dependente das condições de vida e das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza através de seu trabalho. De modo que promover saúde é conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho do povo na sociedade, para que seja possível intervir socialmente em sua modificação. Enquanto **respeitar o direito à saúde** supõe mudanças na organização econômica (estrutura social), determinante das condições precárias e insalubres de vida e de trabalho, e na estrutura jurídica-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços.

¹⁹SANTOS, R. *O social-liberalismo: a ideologia neoliberal para a “questão social” no século XXI*. 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

²⁰NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista e serviço social*. São Paulo: Cortez, 1992.

²¹Artigo 196. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 jun. 2015.

²²BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, cit.

²³PAIM, J. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 221.

Ora, quase 30 anos após a Constituição, nos indagamos se, de acordo com o que *Paim* elucida a respeito do direito à saúde, galgamos modificações pertinentes à estrutura, à política e à jurisdição da saúde, efetivando o idealizado pelo movimento sanitário dos anos 1980. Percorramos a história da saúde brasileira.

É inegável que o processo de implementação do SUS, ainda em andamento, tenha possibilitado a garantia universal da assistência à saúde à população brasileira, com relevante ampliação de ações e serviços ofertados, avançando em modelos de atenção à saúde, na organicidade do sistema sanitário, na participação social etc. Contudo, a obtenção de uma rede de cuidados equânimes e integrais permanece como um propósito a ser alcançado.

Ao observar o pré-SUS, no livro *Braga e Paula*²⁴ analisam criticamente o modelo de saúde brasileiro, desde os anos 1950 até fins dos 1970, enfocando a formação do complexo médico-assistencial-privatista e a questão do financiamento da saúde relacionado à previdência social. É neste período que houve o início da apropriação privada da saúde. Antes do SUS, a assistência à saúde fora majoritariamente financiada pela previdência social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), de modo que apenas os trabalhadores contribuintes da Previdência tinham acesso à assistência – ou seja, menos de 20% da população. A política de financiamento da saúde consistia em repassar, a partir de contratos e convênios, os recursos do Inamps e da União ao setor privado para a prestação de serviços. Foi nesse momento que houve o *boom* expansionista do setor privado pelo incentivo do poder público – que, ao invés de financiar a construção de serviços de saúde próprios (estatais e públicos), priorizava a celebração de contratos com o setor privado para este fim.

Em relação ao nascedouro das empresas privadas no Brasil, suas atividades surgem à margem do planejamento governamental, mas bastante integradas à rápida expansão da economia e aos desígnios das empresas empregadoras como *loci* de operação dos benefícios previdenciários. De acordo com *Ligia Bahia*²⁵, as condições favoráveis à expansão das empresas especializadas na comercialização de planos privados de saúde se relacionaram ao crescimento econômico brasileiro dos anos 1960 e 1970.

Além de inaugurar políticas estruturadas de incentivo à demanda por serviços, o período pré-SUS nos anos 1970 também foi marcado pelo pioneirismo das políticas governamentais de apoio à oferta privada de estabelecimentos de saúde. Exemplo disso foi a criação, durante o governo Geisel, do Fundo de Apoio ao

²⁴BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

²⁵BAHIA, L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; EPSJV, 2008.

Desenvolvimento Social (FAS), composto de linhas de crédito para obras na área social, como hospitais, que alavancaram reformas e construções de estabelecimentos hospitalares privados, vinculados a empresas privadas de planos privados de saúde²⁶.

Entretanto, a partir dos anos 1980, com as recorrentes denúncias de fraude dos serviços de saúde da previdência social e o contexto do acirramento da anunciada crise financeira previdenciária em relação à intervenção estatal, que antes havia sido decisiva para imprimir uma acelerada privatização do sistema de saúde brasileiro, o Estado assumiu formalmente, naquele momento, a direção do fortalecimento do segmento público e filantrópico²⁷.

O processo de democratização, em tempos de retração econômica e ajuste fiscal, não favoreceu a redução das políticas de discriminação e privilégios na saúde; ao contrário, propiciou a inclusão seletiva de novos segmentos no consumo de bens e serviços, como os planos e seguros privados de saúde, sobre os quais discorreremos a seguir.

Em 1987, pelo menos 15% da população brasileira estava vinculada à cobertura de planos privados de saúde. Mas, de acordo com *Ligia Bahia*²⁸, ainda era incipiente o conhecimento sobre a origem das novas demandas, a magnitude das despesas envolvidas no financiamento desses planos de saúde e o aporte de recursos públicos para custeá-los. Essa constatação, todavia, não desautoriza as inferências sobre a preservação do traço empresarial das novas clientelas de planos privados de saúde. Embora, em meados da década de 1980, a comercialização dos planos individuais tenha adquirido mais fôlego, as explicações mais sistêmicas sobre o crescimento do mercado de planos de saúde não foram encontradas nos movimentos isolados dos indivíduos em “fuga do SUS” e sim, provavelmente, nas mudanças nos processos de negociação salarial.

Em tempos de estagnação econômica, redução do número de postos formais de trabalho e decréscimo dos valores diretos dos salários, o valor dos planos privados de saúde é ressignificado. Como integrantes da cesta de benefícios indiretos e não tributáveis dos contratos de trabalho, os planos de saúde tornaram-se moeda de troca salarial, fortalecendo a segmentação (público x privado) do sistema de saúde brasileiro que se pretendia superar com a criação do SUS²⁹.

Desse modo, as contraditórias políticas governamentais que tratavam das relações entre o público e o privado, tecidas em meio à recessão econômica e ao subfinanciamento da saúde, não permitiram que o “principal objetivo” para a construção do SUS definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 – a **expansão e o fortalecimento do setor estatal** – fosse integralmente cumprido.

²⁶BAHIA, L. op. cit.

²⁷SANTOS, I. *O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada*. 2009. Tese (Doutorado) - Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

²⁸BAHIA, L. op. cit.

²⁹Id. Ibid.

Embora tenha havido o fortalecimento do setor público estatal da saúde com a implantação do SUS, nem os prestadores privados de serviços passaram a ser controlados (sendo coibidos seus lucros abusivos), nem, muito menos, foi considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor estatal^{30,31}.

Ao se tomarem como referência a produção de serviços e os gastos públicos realizados no pré-SUS e no pós-SUS, observa-se um movimento contraditório: o notável aumento da quantidade de atividades assistenciais por parte dos prestadores de serviços públicos e estatais, principalmente os ambulatoriais municipais e a relativa estabilidade no volume de transferências de recursos financeiros governamentais para o setor privado-público – que é o setor privado que recebe recursos do Estado para prestar ou gerir serviços³². Com a progressiva construção de serviços próprios do SUS, o volume das contratualizações com o setor privado deveria ter diminuído; entretanto, a realidade dos municípios e dos estados evidencia a manutenção da relação público-privada consubstanciada nos contratos de serviços, principalmente nas áreas laboratoriais e de diagnóstico.

A composição dos fundos públicos para determinados equipamentos e especialidades variou segundo o gradiente de uso universal ou não no pós-SUS. No polo público próprio, situaram-se a imunização e a internação domiciliar (cerca de 95% e 83% respectivamente); na zona privado-pública, predominou a hemodiálise (82,5%), a radioterapia (55%) e a medicina nuclear (50%); e, no polo constituído pela parcela destinada exclusivamente a demandas privadas (planos e seguros privados de saúde), destacaram-se a ressonância nuclear magnética (56%), a radiologia odontológica (cerca de 55%) e a cirurgia oftalmológica a laser (52%)³³.

As informações dos cadastros de estabelecimentos evidenciam que os hospitais privados abrigam a maior parte dos serviços de alta complexidade, como quimioterapia, centro de tratamento intensivo, cirurgia cardíaca e até unidades de emergência. Constata-se o predomínio privado, quer como forma de propriedade, quer na destinação do serviço/equipamento, em diversas áreas assistenciais, inclusive nas prioritárias para o Ministério da Saúde, como a da detecção precoce de neoplasia (em 2005, apenas 15% dos mamógrafos eram públicos e cerca de 50% dos demais aparelhos destinavam-se, exclusivamente, ao atendimento não universal)³⁴.

Essa nova geometria público-privada continuou a abrigar arranjos assistenciais com base no predomínio do privado-público. O perfil privado-público de

³⁰BAHIA, L. op. cit.

³¹SANTOS, I. op. cit.

³²GERSCHEMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500010>.

³³BAHIA, L. op. cit.

³⁴Id. *Ibid.*

determinados procedimentos e especialidades categorizados como de alto custo não foi modificado, ao contrário, em certos casos se acentuou na história da saúde do país. Os prestadores privados-públicos permaneceram controlando a produção de procedimentos de hemodiálise (pelo menos 93% em 1987 e 94,5% em 2007); radioterapia (pelo menos 89,5% em 1987 e 86% em 2007); medicina nuclear (pelo menos 50% em 1987 e 76,5% em 2007) e quimioterapia (pelo menos 63% em 1987 e 72,3% em 2007). Essa tendência estendeu-se também à produção de tomografias computadorizadas (3% em 1987 e 43% em 2007) e hemoterapias (40% em 1987 e 65% em 2007)³⁵.

A partir dos dados, constatamos que, mesmo depois da implementação do SUS, a saúde – o fundo público de saúde – continuou a assumir o caráter de propriedade privada, como no pré-SUS. Ou seja, através dos setores privados dominantes da saúde, o fundo público foi/é apropriado para acumulação e reprodução do capital³⁶, hoje na fase da financeirização.

Nesse sentido, faz-se necessário e imperativo analisar as tensões em torno da saúde no campo da questão social, visto que historicamente o capital vem penetrando e expropriando esse setor no país.

Segundo Santos³⁷, a expansão do setor privado no Brasil deve-se, principalmente, às desonerações fiscais a prestadores privados e a consumidores de seus serviços; ao gasto de órgãos públicos com prestadores privados para a assistência à saúde de seus trabalhadores e familiares; e à duplicidade de uso de serviços do SUS por segurados de planos e seguros de saúde, quando não ocorre o ressarcimento pelas operadoras ao sistema público.

Em nome da desoneração do SUS, pelo menos R\$ 10 bilhões em recursos públicos/sociais foram revertidos em 2006 para o mercado de planos, seguros e estabelecimentos privados de saúde. Como bem elucida *Ligia Bahia*³⁸, em nome da desoneração do SUS, as empresas estatais e os órgãos da administração direta financiam planos e seguros privados de saúde para seus trabalhadores.

Tudo indica que as motivações que inspiraram a política de universalização dos planos privados de saúde para os servidores civis da União – isto é, a extensão de subsídios financeiros para funcionários da administração federal direta e seus dependentes – não estavam afeitas às mudanças no modelo assistencial. Pelo contrário, essa política visou responder, com a ampliação de benefícios indiretos, às demandas salariais. Os planos privados de saúde saíram mais em conta do que as pressões por aumento salarial, trazendo ganhos de produtividade às empresas empregadoras e de representatividade para as associações sindicais³⁹.

³⁵ BAHIA, L. op. cit.

³⁶ OLIVEIRA, F. *Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita*. Petrópolis: Vozes, 1998.

³⁷ SANTOS, I. op. cit.

³⁸ BAHIA, L. op. cit.

³⁹ Id. Ibid.

Ou seja, a saúde como um bem de consumo é comprada dos setores privados a fim de ser garantido o acesso assistencial aos trabalhadores, a perspectiva bem eficaz de acesso a direitos para o modelo neodesenvolvimentista.

Em síntese, ao longo dos quase 30 anos de implementação do SUS, as políticas públicas de apoio às empresas de planos e seguros de saúde e aos estabelecimentos assistenciais foram intensificadas e diversificadas em nome do direito universal à saúde. Como observamos, a construção dos pilares de apoio à privatização da assistência à saúde é complexo e antigo, precede o SUS e se entranha na arquitetura das relações contemporâneas entre o setor público e o privado.

Além dessa dimensão privatizante – o repasse de fundos públicos ao setor privado de serviços e estabelecimentos, o incentivo ao crescimento das empresas privadas e dos planos e seguros privados, a saúde servindo como moeda de troca salarial –, enfim esboçaremos outra dimensão privatizante da saúde, a saber, a terceirização da administração do setor público ou a gestão pública delegada ao setor privado, sistematizada como “os novos modelos de gestão” dos serviços públicos.

Esse fenômeno é verificado a partir dos anos 1990, nos governos neoliberais, prolongando-se até os dias atuais (governos neodesenvolvimentistas ou, como registra Santos⁴⁰, social-liberais). No governo de FHC, foi encaminhado em 1995 ao Congresso Nacional o Plano da Reforma do Estado, que parte do princípio de que as funções do estado deveriam ser as de coordenar e financiar as políticas públicas, e não de executá-las. Defendia que “nem tudo que é público é estatal” e afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado⁴¹”. Avaliava ainda, que *se* o Estado não deixasse de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não iria recuperar a poupança pública. Aquele modelo de gestão do Estado foi chamado de “administração gerenciada”⁴².

É consenso no campo teórico da saúde coletiva que a política de administração pública é um instrumento fundamental para a gestão do SUS. Desse modo, dependendo de como o governo pretende administrar essa política, os equipamentos e os trabalhadores públicos, haverá sempre repercussões pró ou contra a universalização e a integralidade das políticas públicas de um modo geral – e principalmente para a saúde, pois o SUS foi instituído não apenas como um novo modelo de atenção à saúde, mas enquanto um modelo de gestão do Estado, federalizado, descentralizado, com comando único em cada esfera de governo e

⁴⁰SANTOS, I. op. cit.

⁴¹Id. Ibid. p. 56

⁴²REZENDE, C. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, M. et al. (Org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius; Adufrj-SSind, 2008.

com pactuação da política entre estas esferas, com financiamento tripartite, participação da comunidade e controle social, dentre outras dimensões⁴³.

No contexto supracitado, as organizações sociais (OSs) foram concebidas no Brasil como instrumento de viabilização e implementação de políticas públicas, conforme o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. De acordo com *Rezende*⁴⁴, em 1997, o governo estabeleceu critérios para definir, sob a denominação OSs, as entidades que, uma vez autorizadas, estariam aptas a serem “parceiras do Estado” na condução da “coisa pública”. Aprovou-se no Congresso Nacional a Lei n. 9.637/1998, que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais”⁴⁵.

As OSs podem, assim, contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública porque estas são consideradas “atribuições privativas do Conselho de Administração”, que pode tudo o mais, tal como “aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade”⁴⁶.

Após a lei da criação das OSs, foi criada, na mesma perspectiva, a Lei da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público⁴⁷ (Oscip), segundo a qual grande parte das ações de governo pode ser transferida ao setor privado, exceto as do chamado núcleo estratégico e burocrático, que permanecem com o Estado.

Sobre a inconstitucionalidade e a ilegalidade de tal terceirização, faz-se necessário lembrar que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece que a saúde é “direito de todos e dever do Estado” e, nos artigos 203 e 204 (a assistência social) e 205, caracteriza a educação e o ensino também como deveres do Estado, o que o impede (Estado) de se desresponsabilizar da prestação destes serviços, restando ao setor privado o papel apenas de complementaridade.

Por meio de estudos críticos sobre saúde coletiva, esboça-se que o que ocorreu de fato com as terceirizações previstas na lei das OSs foi a transferência,

⁴³ BRAVO, M. et al. (Org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius; Adufrj-SSind, 2008.

⁴⁴ REZENDE, C. op. cit.

⁴⁵ BRASIL. Lei n. 9.637 de 15 de maio de 1998. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 10 jun. 2015.

⁴⁶ REZENDE, C. op. cit.

⁴⁷ BRASIL. Lei n. 9.790 de 23 de março de 1999. *Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências*. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm>. Acesso em: 10 jun. 2015.

pelo Estado, de suas unidades hospitalares, de seus prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e, muitas vezes, recursos humanos para a iniciativa privada. Sob o prisma constitucional, essas ações são inconstitucionais, visto que a saúde é atividade-fim do Estado e não deve ser delegada a terceiros.

Assim, a introdução da administração gerenciada como mecanismo de gestão para o SUS é um subterfúgio para a terceirização e a privatização de serviços do setor da saúde e se transforma em problemas previsíveis, como demonstra a história da saúde no Brasil: transferência de “poupança pública” ao setor privado lucrativo; repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de direito privado; desregulamentação do sistema público de compra de bens e serviços (Lei 8.666/1993, a Lei das Licitações⁴⁸).

Com a criação das OSs e das Oscips, vislumbra-se a implementação da terceirização de serviços públicos como regra e o fim do concurso público; a desorganização do processo de trabalho em saúde; a flexibilização dos contratos de trabalho e a precarização do trabalho; o desmonte da gestão única do SUS; o comprometimento da hierarquização dos serviços de saúde, na medida em que cada serviço terceirizado/privatizado tem em si a característica de autonomia em relação à Administração Pública e ao SUS; e também o comprometimento do sistema de referência e contrarreferência⁴⁹. É por essas demonstrações que as OS e as Oscips comprometem o SUS.

Enfim, os vieses perversos que tal modelo de gestão implica à saúde expressam, pois, o ferimento do direito à saúde. E, tal como indagamos no início acerca das modificações pertinentes à estrutura, à política e à jurisdição da saúde a fim do ideal de saúde universal, pública e estatal, percebemos concretamente a fragilidade do processo de consolidação desse direito social. Ratifica-se, todavia, a estruturação política, jurídica, econômica da saúde como mercadoria, ou seja, como propriedade privada.

Considerações finais

A partir do panorama histórico da saúde pré- e pós-SUS, constatamos o processo da apropriação privada da saúde, desde a assistência até a administração da saúde – ou seja, o setor privado historicamente apropria-se da coisa pública, dos fundos públicos. Desse modo, a saúde é alvo de políticas restritivas expressas por ações, como o subfinanciamento e a privatização dos serviços, bem como por meio

⁴⁸BRASIL. Lei n. 8.666 de 21 de junho de 1993. *Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666compilado.htm>. Acesso em: 10 jun. 2015.

⁴⁹REZENDE, C. op. cit.

das novas modalidades de gestão propostas para o serviço público, com as OSs e outras, refletindo a lógica neoliberal do Estado.

Esse movimento privatizante da saúde reflete outras contradições presentes no debate acerca dos direitos sociais, o que, nos termos de *Harvey*⁵⁰, significa aceitar ou submeter-se a esse conjunto de direitos necessários à acumulação do capital. Vivemos, portanto, numa sociedade em que os direitos inalienáveis dos indivíduos submetidos à propriedade privada e à taxa de lucro se sobrepõem a toda outra concepção concebível de direitos inalienáveis.

Nessa perspectiva, por tirar as máscaras do modelo econômico de nossa sociedade “desenvolvimentista, produtivista, exploradora”, a saúde pode assumir caráter de **subversiva** da estrutura social.

E, quando trazemos essa discussão paralela ao modelo de desenvolvimento econômico brasileiro, observamos os limites das intervenções sobre a “questão social”, na qual também agrega-se a saúde. Para os adeptos do novo-desenvolvimentismo algumas políticas e ações sociais estariam invariavelmente associadas a mecanismos de distribuição dos recursos, de modo a enfrentar a questão da desigualdade com foco na igualdade de oportunidades. Assim, tais iniciativas deveriam promover a redução da desigualdade com redistribuição, reconhecimento e representação, propiciando o investimento em políticas sociais e educacionais como fatores estratégicos para a inclusão econômica formal de segmentos da população com baixíssimos rendimentos e para a melhoria da distribuição de renda, no sentido de minimizar as assimetrias das desigualdades causadas pela globalização do mercado⁵¹.

Diante das considerações mencionadas, ficam latentes os limites que o modo de produção capitalista coloca a qualquer possibilidade de desenvolvimento, seja destinado ao humano em detrimento à acumulação do capital, seja na saúde e na educação. As tragédias da fome, do desemprego, dos conflitos ambientais e urbanos confirmam todos os dias o esgotamento desse modelo como indutor de uma sociabilidade sequer sustentável. Como bem explicita *Abreu*⁵², o que está em jogo é o esgotamento desse modo de produção ou a própria existência da humanidade, não em seu sentido profético, mas na dimensão das possibilidades de realização do humano. Lembrando ainda que as desigualdades sociais são geradas pelo capitalismo, e não pela sua ausência, como tentam sugerir os defensores do neodesenvolvimentismo.

⁵⁰HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. 12. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

⁵¹MOTA, A. (Org). op. cit.

⁵²ABREU, M. H. O viés do (neo)desenvolvimentismo no debate sobre a categoria território no serviço social. In: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS, 1. *Anais...*, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo5.pdf>>.

Referências

- ABREU, M. H. O viés do (neo)desenvolvimentismo no debate sobre a categoria território no serviço social. In: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS, 1. *Anais...*, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo5.pdf>>.
- BAHIA, L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; EPSJV, 2008.
- BIELCHOWSKY, R. *Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. Rio de Janeiro: IPEA, 1988.
- BORON, A. Duro de matar: el mito del desarrollo capitalista nacional. In: Anais do IX ENCUENTRO INTERNACIONAL DE ECONOMISTAS SOBRE GLOBALIZACIÓN Y PROBLEMAS DEL DESARROLLO, 9. La Habana: Asociación Nacional de Economistas y Contadores de Cuba, anec. Palacio de Convenciones, 2007.
- BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.
- BRAVO, M. et al. (Org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius; Adufrj-SSind, 2008.
- BRESSER-PEREIRA, L. O novo desenvolvimentismo e a ortodoxia convencional. *São Paulo em Perspectiva*, v. 20, n. 3, p. 5-24, jul./set. 2006.
- FONTES, V. *O Brasil e o capital-imperialismo*. Rio de Janeiro: EPSJV; Ed. UFRJ, 2010.
- GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500010>.
- HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. 12. ed. São Paulo: Loyola, 2003.
- MOTA, A. (Org.). *As ideologias da contrarreforma e o serviço social*. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2010.
- NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista e serviço social*. São Paulo: Cortez, 1992.
- OLIVEIRA, F. *Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- PAIM, J. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- REZENDE, C. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, M. et al. (Org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius; Adufrj-SSind, 2008.

SANTOS, I. *O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada*. 2009. Tese (Doutorado) - Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, R. *Crescimento econômico e equidade social: o modelo novo-desenvolvimentista de intervenção sobre a “questão social”*. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3. São Luís-MA, 2007.

_____. *O social-liberalismo: a ideologia neoliberal para a “questão social” no século XXI*. 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

SISCU, J. et al. Por que novo-desenvolvimentismo? *Rev. Econ. Polit.*, São Paulo, v. 27, n. 4, dec. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-31572007000400001>.

SKIDELSKY, R. *Keynes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

Isabelle Maria Mendes de Araujo - Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco. Recife/PE, Brasil. *E-mail*: isabellesaudelivre@hotmail.com.