

Público e privado na reforma do Sistema de Saúde no Brasil

Public and private in the Brazilian Public Health Care System

Sylvia Maria Calipo*
Cássia Baldini Soares**

Resumo: O objetivo deste estudo é refletir sobre as manifestações da reforma no setor saúde, particularmente, o Programa Saúde da Família e a transformação das instituições mais complexas da saúde em Organizações Sociais, procurando verificar até que ponto essas mudanças na conformação do SUS significam a privatização de instituições públicas da saúde e a perda do direito universal à saúde. Para isso, analisou-se a legislação contemporânea do SUS, utilizando os espaços público e privado como categorias de análise. Observou-se que o direito à saúde não está garantido na reforma do setor saúde, uma vez que a concepção de Estado que fundamenta o SUS e aquela da reforma são diferentes. A análise mostrou que a atual reforma tende a privatizar a saúde tanto na forma dos Programas Saúde da Família e Agente Comunitário da Saúde como através da transformação dos equipamentos de saúde de maior complexidade em organizações públicas não-estatais, submetendo a assistência às leis do mercado.

Descritores: SUS; Estado; setor público; setor privado.

Introdução

A partir do início da década de noventa, com a reforma do Estado brasileiro, a privatização e/ou publicização de vários serviços, particularmente os da área social, têm sido objeto de discussões e análises na sociedade em geral e na academia em particular. Este estudo pretende refletir sobre as manifestações dessa reforma no setor saúde, particularmente, o Programa Saúde da Família e a transformação das instituições mais complexas da saúde em Organizações Sociais, procurando verificar até que ponto essas mudanças qualitativas na conformação do SUS significam a privatização de instituições públicas da saúde e a perda do direito universal à saúde.

* Enfermeira, Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

** Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Doutora em Educação, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva – Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.

Pinheiro (1991, p.1-2) resume a discussão sobre a função do Estado contemporâneo através do entendimento deste como 'poder público' com a função

de promover o bem estar social, o bem comum a todos os cidadãos (...) Salienta-se, contudo, que a função pública do Estado não deve ser confundida com a sua maior ou menor presença na sociedade. Um Estado com grande participação não significa, como decorrência, uma esfera pública desenvolvida, porque seu conteúdo pode expressar interesses privados. Um estado com uma presença marcante, também não significa necessariamente uma esfera pública democrática, porque ela pode ser autoritária. A existência de uma esfera pública forte pressupõe o estabelecimento de condições de igualdade e a garantia de uma convivência democrática.

Ainda, segundo Pinheiro (1991, p.18), a utilização dos conceitos *público* e *privado* apresenta diferentes dificuldades, citando: a *multiplicidade de significados* com a conseqüente multiplicidade de interpretações; o seu uso por várias Ciências Sociais, "o que torna necessário tratá-las interdisciplinarmente, a fim de representá-las sem redução de sua complexidade intrínseca". Mais adiante é apresentada o que aqui é considerada uma terceira dificuldade: "o uso sem critérios desta palavra [público] pode gerar incompreensões e dar margem inclusive a manipulações ideológicas".

Um dos modos de enfrentar os problemas apresentados por Pinheiro (1991) quanto ao uso dos conceitos *público* e *privado* é recuperá-los em seus significados primeiros. Assim, numa primeira etapa, procurou-se recuperar a origem da separação do espaço público do privado em suas fontes, ou seja, na própria cultura grega. Apoiando esse caminho Werner Jaeger em *Paidéia: a formação do homem grego* (1995) argumenta

(...) a nossa história – na sua mais profunda unidade -, assim que deixa os limites de um povo particular e nos inscreve como membros num vasto círculo de povos, 'começa' com a aparição dos Gregos (...). 'Começo' não quer dizer aqui início temporal apenas, mas ainda (...) origem ou fonte espiritual, a que sempre, seja qual for o grau de desenvolvimento, se tem de regressar para encontrar orientação. É este o motivo por que, no decurso de nossa história, voltamos constantemente à Grécia.

Dessa forma, seguiu-se livremente um roteiro, baseado em Foolcheid e Wunemburger (1997, p.192), visando *interrogar* os dois termos em suas origens e em seus diferentes aspectos, de modo que ao final do processo, eles apareçam em suas inteirezas. Esses autores explicitam que:

Interrogar-se, aqui, não é outra coisa senão ter o senso da necessidade: que perguntas fazer para chegar lá, se estou aqui? Por onde (isto é, por que meio de perguntas) é preciso passar para descobrir ou isolar um ou vários problemas? Vê-se, portanto, que as perguntas têm por função apresentar uma forma de decomposição do tema, de redução do tema a seus elementos problemáticos: do complexo ao simples.

Por outro lado, para discutir o público e o privado na atualidade foi utilizado como arcabouço teórico o estudo de Chauí (1992) *Público, privado, despotismo*. Nele, a autora discute as relações entre ética e política na modernidade, defendendo a tese de que a modernidade, identificada com o pensamento político liberal e o modernismo, identificado com o marxismo, tinham como projeto criar o espaço público separado do privado.

Na argumentação Chauí recupera as origens da ética e da política na Grécia. O objetivo maior que preside a separação destes espaços na antiguidade, como na modernidade, é impedir que um indivíduo ou um grupo de indivíduos tome o poder e o exerça arbitrariamente, pela força e violência em seu próprio proveito, ou seja, impedir o estabelecimento da vontade de alguns sobre a vontade de todos criando um poder tirânico. Historicamente a modernidade relaciona-se ao absolutismo monárquico. O modernismo inicia-se com a *revolução* e a *reação conservadora de 1848*, e a pós-modernidade surgiu a partir dos anos sessenta do século vinte. Segundo a autora o projeto liberal e o marxista falharam pois, de um lado, o liberalismo privatizou o espaço público e, de outro, o marxismo “foi forçado a assistir a destruição da esfera privada pela invasão total do Partido e do Estado para produzir uma sociedade organicamente cimentada por um sistema de funções e controles, supostamente sem rachaduras, sem conflitos e sem diferenças internas”, ou seja, o espaço privado foi publicizado.

Ainda, segundo as palavras da autora,

o pós-modernismo neoliberal pretende dar costas a esses fracassos da modernidade. Seu debate principal tem como alvo o modernismo e, portanto, do lado liberal, a crítica se dirige ao modelo administrativo (empresarial e estatal) trazido pelo fordismo e, do lado totalitário, ao modelo burocrático-administrativo trazido pela idéia de Plano e de necessidade histórica (Chauí, 1992, p.384).

Em síntese, na contemporaneidade, e segundo os conceitos e tese de Chauí (1992, p. 386-7), a privatização do espaço público

(...) se realiza pela perda de sentido e de poder de todas as instituições políticas capazes de servir de mediação entre o poder executivo e a sociedade. Privatização significa desinstitucionalização do espaço público e corresponde ao fortalecimento dos centros privados onde se dá a decisão econômica dos estados nacionais.

Uma explicação necessária

A criação do espaço ou esfera pública, característica da era moderna, não se limita à criação e consolidação de instituições políticas. Diz respeito também a todas as criações artísticas, técnicas, ao aparato industrial, edifícios, ruas, cidades, etc., que vêm ocorrendo desde os inícios do século XVI, num processo dialético de destruição/construção do antigo/moderno. Bergman (1986) em *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*, percorre a anunciação da modernidade através de Fausto de Goethe, e sua consolidação com o manifesto comunista de Marx e Engels, o Modernismo de Baudelaire, a construção de São Petersburgo, a reforma de Paris ao final do século XIX, as grandes vias de Nova York, etc.

Público e privado: a busca das origens

A cultura grega do período clássico apresenta características políticas e sociais que a tornaram distinta das suas vizinhas orientais. Segundo Jaeger (1995) a Grécia “representa em face dos grandes povos do Oriente, um ‘progresso’ fundamental, um ‘estádio’ em tudo que se refere à vida dos homens na comunidade. Esta fundamenta-se em princípios completamente novos”. Vernant (2002) procura compreender e localizar este corte historicamente, mostrando que a destruição da realeza micênica no século XII a.C., quando da invasão dos dóricos, significou a destruição de uma forma de exercício de poder – aquele que se centralizava em torno do palácio, na figura do Rei divino – isolando os gregos por um longo período, e possibilitando “uma dupla e solidária inovação: a instituição da Cidade [pólis], o nascimento de um pensamento racional [filosofia]”.

Baseada no trabalho do helenista Marcel Detienne, Chauí (1994) relata que na Grécia arcaica três figuras tinham o poder da palavra verdadeira: o poeta, o adivinho e o rei-da-justiça. Pertencentes a organizações secretas, a palavra deles “mesmo quando proferida em público, é sagrada, um dom que somente os iniciados possuem”. Essa palavra mágica e religiosa era *solitária e unilateral*. Um quarto grupo, constituído pelos guerreiros, praticava uma palavra diferente, ou seja, reunidos em assembleias para decisões, sua palavra é diálogo, pública, *leiga e humana*. Tinham dois direitos: o da isegoria (todos podiam falar) e o da isonomia (igualdade em grupo). É desta palavra que nasce a *pólis*: “Da assembleia dos guerreiros e da palavra-diálogo, pública e igualitária, nasce a pólis e é inventada a política”.

Etimologicamente o sentido de público é derivado de *pólis*, que segundo Almeida Prado (Chauí, 1994), “em grego significa Cidade; cidade-Estado; reunião dos cidadãos em seu território e sob suas leis. Dela deriva a palavra política (politikós: o cidadão. O que concerne ao cidadão, os negócios públicos, a administração pública)”. Vernant (2002) destaca que, de modo diferente das sociedades palacianas quando as

construções eram feitas no entorno do palácio, na *pólis* elas eram feitas ao redor da Ágora, local público onde ocorriam as assembléias e as decisões coletivas. De *pólis* também é derivado *Politéia* que, segundo a mesma autora, significa a “constituição de um Estado, forma do regime político ou do governo, conjunto de instituições públicas e de suas leis; qualidade e direito de cidadão, daquele que vive na pólis e dela participa, política”. Chaui (1997) ainda identifica a expressão grega *Ta politika* àquilo que diz respeito aos assuntos públicos da cidade-estado grega, assim como a expressão *civitas* é a correspondente latina à *pólis*, ou a *Cidade como ente público e coletivo. Res publica é a tradução latina para ta politica significando portanto os negócios públicos (...)*.

Por outro lado, o sentido de privado, segundo Arendt (1989), está relacionado ao lar, a *oikia* (casa), isto é, o lugar da *associação natural* dos homens, em oposição à associação deliberada da *pólis*. A associação natural é uma característica de todos os seres vivos homens e animais, e se constitui no modo de enfrentar as carências da vida. Como esclarece Chaui (1997) *Oikos* é a casa ou família, entendida como unidade de produção (agricultura, pastoreio, edificações, artesanato, trocas de bens entre famílias ou troca de bens por moedas, etc.). Ainda, segundo Arendt (1989) a esfera pública distingue-se da esfera privada por que nessa última “os homens viviam juntos por serem a isso compelidos por suas necessidades e carências”. Era a esfera onde estavam presentes a privatividade de algo.

A esfera pública – política – indicava a capacidade dos homens se organizarem, era a esfera dos *negócios humanos* (Arendt, 1989). Nela os homens podiam expor sua subjetividade no sentido de se sobressaírem dos demais e por isso mesmo se diferenciavam, o que não era possível dentro de casa. Arendt lembra um verso de Homero que traduz essa possibilidade *Aien aristuein kai huperochon emmenai allon* (‘*ser sempre o melhor e destacar-se entre os outros*’). Vem daí o sentido do termo aristocrático, ou seja, o melhor.

A razão da distinção entre as duas esferas deve-se ao fato de, e recorrendo à *Paidéia* de Jaeger, Arendt (1989) esclarece que “o homem recebera ‘além de sua vida privada, uma espécie de segunda vida, o seu bios politikos. Agora cada cidadão pertence a duas ordens de existência; e há uma grande diferença em sua vida entre aquilo que lhe é próprio (idion) e o que é comum (koinon).”

A necessidade era o princípio orientador da vida no lar, enquanto que a liberdade orientava a vida pública, e a liberdade só era possível quando as necessidades advindas da condição também animal dos homens estivessem satisfeitas. E a necessidade justifica o uso da força, da violência e da escravidão na esfera privativa do lar. É através delas que os senhores terão supridas suas necessidades e carências e poderão estar livres para fazer política.

Segundo Vernant (2002) o nascimento da *pólis* trouxe para o primeiro plano a palavra enquanto instrumento de poder:

Torna-se o instrumento político por excelência, a chave de toda autoridade no Estado, o meio de comando e de domínio sobre outrem. (...) Supõe um público ao qual ela se dirige como a um juiz que decide em última instância, de mãos erguidas, entre os dois partidos que lhe são apresentados; é essa escolha puramente humana que mede a força de persuasão respectiva dos dois discursos, assegurando a vitória de um dos oradores sobre seu adversário.

Além do uso público da palavra, “a criação da pólis possibilitou também a publicidade das manifestações importantes da vida social” (Vernant, 2002):

Pode-se mesmo dizer que a pólis existe apenas na medida em que se distinguiu um domínio público, nos dois sentidos diferentes, mas solidários do termo: um setor de interesse comum, opondo-se aos assuntos privados; práticas abertas, estabelecidas em pleno dia opondo-se a processos secretos.

A conseqüência, sob a perspectiva do poder, do uso público da palavra traz para o primeiro plano a participação da sociedade no conhecimento e deliberação das questões referentes à *pólis* que é a marca da política.

Arendt (1989) também destaca que, de modo diferente da instância privada, na pública a palavra e o discurso substituirão a violência:

O ser político, o viver numa pólis, significava que tudo era decidido mediante palavras e persuasão, e não através de força e violência. Para os gregos, forçar alguém mediante violência, ordenar ao invés de persuadir, eram modos pré-políticos de lidar com as pessoas, típicos da vida fora da pólis, característicos do lar e da vida em família, na qual o chefe da casa imperava com poderes incontestes e despóticos, ou da vida nos impérios bárbaros da Ásia, cujo despotismo era freqüentemente comparado à organização doméstica.

Moses Finley (1998) explicita esse modo de decisão da coisa pública entre os gregos: “Os gregos, porém, adotaram uma decisão radical e dupla. Localizara, a fonte da autoridade na pólis, na própria comunidade, e decidiram-se pela política da discussão aberta, eventualmente pela votação por meio da contagem do número de cabeças. Isso é política (...)”

Arendt (1989) e Moses Finley (1998) deixam claro que para os gregos, a diferença entre espaço público e espaço privado era pois de natureza. Ou seja, o primeiro era o espaço da livre decisão coletiva, por isso mesmo, era o espaço dos iguais que, através do discurso e distante da violência, tratavam das questões referentes à *pólis*. Já o segundo, tinha a natureza de seu poder limitada ao dono da casa. Era o espaço dos

desiguais, da não-liberdade, onde o autoritarismo e a violência substituíam a palavra e a persuasão.

Aristóteles foi, segundo Chaui (1992), o primeiro autor a distinguir as duas esferas, indicando que onde *houver politéia*, não pode haver *despotéia*.

Por último, a finalidade da política era o seu próprio exercício, ou seja, a vida boa dos homens racionais, iguais, justa e feliz, livres das necessidades.

A criação da política introduziu novas formas de exercício de poder. Chaui (1997) destaca sete elementos. Inicialmente a separação do espaço público do privado desvinculou a figura do governante do cargo. Este último está sempre vago. Uma das conseqüências foi o fim da hereditariedade no poder. O poder também foi desvinculado das figuras religiosa e militar, o que impediu a *divinização do governante*, no primeiro caso, e possibilitou a criação da instância civil de poder, no segundo. Os chefes militares passaram a ser eleitos para seus cargos e suas ações subordinadas às decisões políticas. A criação de leis exprimindo a vontade da comunidade e de instituições públicas e impessoais, para sua execução (tribunais), retirou a justiça das mãos de particulares: “O monopólio da força, da vingança passou para o Estado, sob a lei e o direito”. Outra instituição criada e referida por Chaui é a do erário público que, junto com outras práticas, impediu a concentração da riqueza em poucas mãos, e, finalmente, a política, ao inventar o espaço do compartilhamento da discussão e deliberação (as assembleias), permitia a participação de todos os cidadãos na resolução dos conflitos e divisões que atravessaram as sociedades sem o uso da força e em oposição ao modo despótico de governar.

Público e privado na modernidade

Privatização diz respeito, portanto, basicamente à ausência do espaço político intermediário das relações entre o Estado e a sociedade. Este espaço concretiza-se na forma de instituições públicas. A sua inexistência ou enfraquecimento corresponde ao fortalecimento dos espaços privados. As decisões políticas deixam de serem tomadas nas instituições públicas e passam a serem tomadas em organismos privados. Esta forma de decisão política é o modo da tirania moderna.

A reforma do Estado e a saúde

A tese e conceitos de Chaui serviram então de diretrizes teóricas para este estudo extraindo-se as categorias de análise que permitiram verificar até que ponto mudanças qualitativas na conformação do SUS significam a privatização de instituições públicas da saúde e a perda do direito universal à saúde. Desse modo, a segunda etapa do trabalho consistiu em analisar os documentos ministeriais considerados fundamentais para a implementação da reforma do setor saúde.

A comunidade e a família: a negação da política

O Programa Saúde da Família prenuncia uma proposta privatizante da saúde no plano conceitual ao utilizar os conceitos de família e comunidade.

Segundo Chaui (1992), para Maquiavel o poder tem sua origem na briga entre os *Grandes* e o *Povo*. Ou seja, na própria sociedade. Seu fundamento está na coletividade, não mais entendida como comunidade, mas como sociedade. E será entendida como uma construção social, como “um pólo separado – o poder político – pelo qual dividida [sociedade], ganha unidade e identidade”. Em outras palavras, a comunidade pressupõe grupo unido e estável, com objetivos comuns; a sociedade traz dentro de si a idéia de divisão, divergência. Nesta última a política aparece como o espaço mediador de diferentes interesses e conflitos. Mais recentemente, tornou-se clássico o estudo de Tönnies (1979) sobre comunidade e sociedade. Este autor diferencia comunidade de sociedade nos seguintes termos:

Toda convivencia íntima, privada, excludora suele entenderse, según vemos, como vida en *Gemeinschaft* (comunidad). *Gesellschaft* (sociedad) significa vida pública, el mundo mismo. A través de la *Gemeinschaft* (comunidad) que uno mantiene con la propia familia, se vive desde el nacimiento en unión con ella tanto para bien como para mal. Sin embargo, se accede a la *Gesellschaft* (sociedad) como se llega a un país extraño.

Segundo esse autor, as raízes da comunidade encontram-se nas relações da mãe com seu filho, entre marido e mulher e entre irmãos filhos da mesma mãe, ou seja, na família. Do ponto de vista conceitual, o uso indiscriminado do conceito de comunidade procura mascarar a realidade social, processual e, portanto, dinâmica e histórica. Tal formulação não permite visualizar as contradições que permeiam os segmentos sociais e, nesse sentido, sugere a tentativa de negar a realidade social profundamente cindida entre ricos e pobres, proprietários e não proprietários.

Os vocábulos comunidade e família também podem significar a privatização da saúde ao sugerirem que nestes espaços sociais não existe contradições, interesses divergentes, isto é, não existe classes sociais. E, nesse sentido, não há necessidade de espaço político de discussão, proposição e decisão coletiva, ou seja, não necessita de um pólo mediador de interesses divergentes, pois na comunidade estes não existem.

É sintomático que o Programa Saúde da Família seja imposto pelo Ministério da Saúde na forma de financiamento da saúde. Ao impor este programa o Ministério da Saúde deslegitima o poder político de discussão e deliberação dos conselhos e conferências de saúde. Em outras palavras, a deslegitimação se dá na forma de despolitização daquelas instituições. De um lado, há uma inversão político-técnica e, de outro lado, aquilo que Chaui (1997) denomina de *ideologia da competência*

técnico-científica. Segundo Chauí, a *ideologia da competência técnico-científica* nasce a partir de uma nova divisão social do trabalho na sociedade capitalista do século XIX qual seja, a divisão entre dirigentes e executantes. Na prática significa que aqueles que são portadores de conhecimento têm poder de mando e direção e os que não possuem conhecimento devem obedecer e executar tarefas. Reportando-se ao plano político, há uma transferência da decisão política para aqueles que têm conhecimento, e a política passa a ser coisa de especialistas e não de cidadãos. Na área da saúde, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Ações de Saúde (órgão técnico do governo), elabora a política de saúde (Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários) e decide implantá-los em todos os municípios do Brasil. A decisão política ainda se dá na forma do financiamento dos programas: os municípios que aderirem aos programas e os estenderem ao maior número de municípios recebem mais recursos financeiros. Os sujeitos técnicos – Secretaria de Ações de Saúde – tomam as decisões sobre a política de saúde municipal no lugar dos sujeitos políticos – conselhos e conferências de saúde.

Os conselhos e conferências de saúde são órgãos políticos, pois têm, em princípio, seus representantes eleitos, suas normas internas propostas e votadas em assembleias pelos representantes dos diferentes interesses da sociedade. E estes últimos, sejam técnicos, autoridades governamentais, representantes patronais, representantes de sindicatos, enfim, representantes da sociedade civil são livres e iguais para proporem, defenderem e votarem políticas. Isto significa que nestes fóruns não há um superior e um subordinado e é por isso que todos são livres e iguais e essas são instituições públicas e/ou políticas.

Ao terem as decisões tomadas por órgãos técnicos, há uma despolitização das instituições públicas, pois nenhum conselho ou conferência deixará de se convencer a votar na adoção das políticas do Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários que constituem a maior fonte do financiamento da saúde dos municípios. Além disso sentem-se desqualificados tecnicamente para questionar as elaborações dos especialistas. Os conselhos e conferências estão se transformando em órgãos formais de participação popular.

A despolitização dessas instituições públicas sugere a privatização da saúde ao negar o espaço público, a ação política e ao crer em órgãos burocráticos e hierarquizados para solução dos problemas da coletividade.

O Programa Saúde da Família está substituindo o direito universal à saúde pela atenção às necessidades e carências de grupos particulares

Na modernidade a Revolução Francesa criou e consolidou os direitos civis e políticos na medida em que os expressou na forma de lei. No período denominado Convenção (1793) *A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão* nos seus 1º e 2º artigos rezam (Brandão, 2001):

*Artigo primeiro – O fim da sociedade é a felicidade comum. O governo é instituído para garantir ao homem o desfrute de seus **direitos naturais** e imprescritíveis. Artigo segundo – Esses **direitos** são a igualdade, a liberdade, a segurança, a propriedade (grifos da autora). O art. 7 informa: O direito de manifestar seu pensamento e suas opiniões, pela imprensa ou de qualquer outra maneira, o direito de se reunir pacificamente e o livre exercício dos cultos não podem ser proibidos. A necessidade de enunciar esses direitos supõe a presença ou a lembrança recente do despotismo.*

Esses artigos constituem a primeira declaração dos direitos civis e políticos. Foram feitos para atender os interesses da burguesia e de sua necessidade de estabelecer uma sociedade de homens *livres e portadores de direitos* para que pudessem fazer seus contratos e expandir o capitalismo industrial em formação e ascensão. Por outro lado, esta mesma *Declaração*, em seu artigo 21 reconhece a necessidade da sociedade proteger ou então dar assistência gratuita àqueles que dela necessitarem (Brandão, 2001): *Artigo 21 - A assistência é uma dívida sagrada. A sociedade **deve a subsistência** aos cidadãos infelizes, seja providenciando-lhe trabalho, seja garantindo os meios de existir para aqueles que não estão em situação de trabalhar (grifo da autora).*

A redação deste artigo da *Declaração* não fala em direito de alimentação, moradia, trabalho, entre outros, mas em suprir as necessidades dos carentes. Os direitos sociais têm sua história ligada às lutas das classes mais populares e responderam às necessidades de sua produção e reprodução social. Ou seja, os direitos sociais, tendo nascidos de carências e necessidades de parcelas de populações, com a *Declaração Universal dos Direitos do Homem* de 1948, superam essa limitação e passam a afirmar, pelo menos em ideal, que todos os homens têm direito à uma vida digna em sociedade.

Ao dirigir-se a grupos particulares de sua área de abrangência e restringir a atenção da saúde aos programas da mulher, criança e adulto, excluindo outros, o Programa Saúde da Família passa a responder a necessidades e carências de grupos particulares e a saúde deixa de ser um direito geral e universal.

Apesar dos direitos serem históricos, no sentido de que são produto da luta concreta dos homens no tempo, eles são portadores de características que os tornam universais, isto é, acima dos interesses de alguns grupos particulares. Como explicita Chauí (1997), o direito à saúde, entre outros direitos sociais, é geral e universal, as carências e necessidades são particulares, pois expressam as necessidades de grupos específicos e podem ser conflitantes.

Dessa forma, de acordo com a autora, o direito à vida, às boas condições de vida, à saúde e à educação são direitos a que todos os seres humanos aspiram e nesse sentido são universais e gerais. A necessidade das mães de um bairro por creche, enquanto outro grupo de mães necessita de hospital, expressa suas carências particulares.

O fim da universalidade do atendimento verifica-se coerentemente no plano da proposta em saúde presente na NOB/96 (Brasil, 1996). Inicialmente, com o título de Campos da Atenção à Saúde, descreve-se o campo no qual deverá ocorrer a intervenção à saúde: a) *assistência* individual e coletiva; b) do *ambiente* incluindo as condições sanitárias de vida e trabalho; e, c) as *políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde e doença*, e as vigilâncias epidemiológica e sanitária. O item conclui que no campo descrito *enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, proteção e recuperação nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo*. Para viabilizar a mudança de modelo a NOB/96 propõe também *novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível de atenção*. É a Portaria 3.925/98 que descreve como se dará a redefinição do modelo de atenção e as novas tecnologias que serão empregadas. As ações descritas tratam dos *Campos da Atenção à Saúde* relativas à *assistência* e das *intervenções ambientais*. A redefinição do modelo se dá, primeiramente, pela divisão em dois grandes grupos de ações e atividades de assistência à saúde. O primeiro dirigido a toda a população e o segundo restrito aos denominados *grupos específicos*.

As novas tecnologias estão no corpo do primeiro grupo de ações, ou seja, aquele dirigido a toda a população e tem como instrumento maior de ações em saúde o uso de *divulgação de informações e orientações educativas* e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Como intervenção clínica somente o atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas demandadas na rede básica. As ações com intervenções clínicas são aquelas dirigidas a grupos específicos da população e restringem-se a algumas ações programáticas dirigidas às crianças, basicamente àquelas menores de cinco anos; às mulheres no pré-natal, puerpério e com possibilidade de desenvolver câncer de mama e cérvico-uterino e aos adultos enquanto trabalhadores.

As ações de assistência à saúde para toda a população limitam-se a informações e orientações educativas, contrariando a universalidade do SUS. Por outro lado, as ações que pressupõem intervenções clínicas não somente estão restritas aos denominados *grupos de risco*, o que é um segundo limitante à universalidade do SUS, mas também por se restringirem a um pequeno número de ações e atividades de saúde, constituem um terceiro limitante à universalidade. Cabe ainda questionar como são definidos os grupos de risco e o que acontecerá com aquelas pessoas que não se incluem nos considerados grupos de risco e, mesmo essas que necessitarem de outras intervenções que não estão contempladas, como por exemplo o sofrimento mental.

Um quarto limitante ao acesso universal aos equipamentos de saúde é dado pelo próprio Cartão SUS que, ao facilitar o fluxo de informações sobre os pacientes, acaba por restringir a entrada de outros não pertencentes à área.

A privatização ocorre pela limitação do SUS: o Programa Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários da Saúde restringem os grupos populacionais a serem assistidos, as ações de saúde a serem executadas e, na distinção do acesso aos serviços, pela introdução do Cartão SUS.

Os Programas em questão transmitem o direito social em saúde – geral e universal – em atendimento às necessidades e carências de saúde – particulares e específicas. É um retrocesso aos patamares das revoluções burguesas, isto é, reconhece-se a existência da miséria, reduzindo o direito à saúde a compensações. Da satisfação das necessidades e carências burguesas – Revolução Francesa – chegou-se através das lutas populares e socialistas aos direitos enquanto componente da vida em sociedade. Contemporaneamente estamos retrocedendo à satisfação das necessidades através de políticas de compensação. Já não se propõe a dignidade do viver como componente da vida em sociedade e na qual o acesso à plena assistência à saúde é um dos seus requisitos. Em síntese há uma naturalização das desigualdades socio-econômicas. É natural que as pessoas sejam pobres ou ricas e, que as ricas paguem suas despesas com saúde, enquanto que as pobres recebam do Estado e da caridade alguns tipos de atendimento. A desigualdade é algo natural e não fruto da ação do homem, da forma de organização da sociedade, que se apropria de modo particular da riqueza produzida socialmente.

Organizações Sociais: a privatização pela quebra da integralidade do Sistema Único de Saúde

O conceito de sistema trás em si a idéia de uma interdependência dinâmica de vários elementos que, embora se apresentem separados, articulam-se para formar o conjunto, ou, sistema. Dito de outra forma, o sistema existe pela articulação desses elementos que se apresentam separados. Para Carvalho e Santos (1992, p.76), o conceito de integralidade no SUS significa:

Cabe lembrar, inicialmente, que o artigo 198, II, estabelece prioridade para as atividades preventivas coerentemente com o mandamento enunciado no artigo 196, que diz respeito ao combate às causas da doença e de outros agravos. A leitura do princípio da integralidade da assistência há de se fazer combinadamente com o princípio de igualdade de assistência (inciso IV). Em primeiro lugar a assistência integral combina, de forma harmônica e igualitária, as ações e os serviços de saúde preventivos com os assistenciais ou curativos. No antigo sistema de saúde (6.229/75) havia uma dicotomia entre as ações e os serviços de cunho preventivo e os curativos. De um lado, o Ministério da Saúde com atribuição de desenvolver atividades preventivas; de outro, o Ministério da Previdência e Assistência Social com as ações e os serviços assistenciais, ambos executados pelo INAMPS. Hoje a dicotomia desapareceu da lei. Em segundo lugar, a assistência implica, como se

enuncia, atenção individualizada, ou seja, para cada caso, segundo as suas exigências, e em todos os níveis de complexidade (...).

O conceito de *sistema* contempla, pelo exposto acima, o de *integralidade*, qualificando a assistência. No SUS o princípio de integralidade trás, portanto, dentro de si dois conjuntos de práticas que produzem um sistema porque se integram na prevenção e cura através da assistência à saúde individual e coletiva.

Ao propor uma *divisão operacional* no SUS, através do Subsistema Entrada e Controle e Subsistema Referência Ambulatorial e Hospitalar, ou então, como está sendo legalmente construído, através da NOB/96 e das Organizações Sociais, os municípios responsabilizam-se pela execução de ações de saúde definidas como *básicas*, pelo Ministério – promoção, prevenção –, e os hospitais estaduais, tornando-se *Organizações Sociais*, irão disputar com os filantrópicos e privados o atendimento de maior complexidade, ou a cura.

A discussão sobre essas mudanças permite uma primeira observação: está sendo reposta a divisão entre promoção e prevenção à saúde e cura. Ao separar as duas práticas em saúde, se retoma uma divisão que o conceito de *sistema* consubstanciado pelo de *integralidade* tinha como objetivo acabar. Na realidade, e segundo as próprias indicações de Bresser Pereira (1998a), o sistema não só é quebrado, mas criam-se dois sistemas de saúde:

(...) O essencial é a clara separação dos hospitais estatais – que fazem parte do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar da cada município – do Subsistema de Entrada e Controle desse mesmo município. Caberá ao Subsistema de Entrada e Controle credenciar e contratar serviços dos hospitais estatais, os quais, embora devendo ter uma preferência em condições de igualdade, competirão, em termos de qualidade e custo dos serviços, com os hospitais públicos não-estatais e mesmo com os hospitais privados.

Um dos sistemas de saúde tem características claramente demarcadas, ficando sob a execução e gerência do Estado na forma dos municípios, é o Subsistema de Entrada e Controle e; o segundo sistema, o da Referência Ambulatorial e Hospitalar, é progressivamente lançado para o mercado na forma de entidade pública não-estatal, ou seja, na forma das Organizações Sociais.

Esta proposta tem como *modus operandi*, segundo Bresser Pereira (1998b), a permissão para que entidades sem fins lucrativos se qualifiquem como Organizações Sociais, estabelecendo uma *parceria* com o Estado e recebendo recursos financeiros, bens e equipamentos para administrar. O controle estatal será feito de modo *estratégico*, significando a realização de *resultados estabelecidos em Contrato de Gestão*. As Organizações Sociais terão *autonomia administrativa* e por serem regidas pelo direito privado poderão ser geridas segundo o modo

privado, o que significa “contratação de pessoal pelas condições de mercado; a adoção de normas próprias para compras e contratos e ampla flexibilidade na execução de seu orçamento”.

A criação das Organizações Sociais, componente da reforma do Estado em progresso, tem seu substrato ideológico desvendado por Chaui (1999): “o mercado é portador de racionalidade sociopolítica e agente principal do bem-estar da República. Esse pressuposto leva a colocar direitos sociais (como a saúde, a educação e a cultura) no setor de serviços definidos pelo mercado.”

Por isso mesmo, a argumentação para justificar, particularmente no caso da saúde, a transformação das entidades estatais em Organizações Sociais está posta por uma sutil inversão dos termos constitucionais, procurando-se justificar porque os serviços sociais não devem ser deixados ao mercado. Isto pode ser avaliado no trecho que se segue (Bresser Pereira, 1999b):

Museus como universidades, centros de pesquisa, hospitais são serviços sociais fundamentais. Asseguram aos cidadãos bens inestimáveis: a educação, a saúde, a cultura, o desenvolvimento científico. São instituições tão importantes que precisam do apoio do Estado para bem funcionarem. As ‘economias externas’ (economias que beneficiam a sociedade e as empresas, não podendo ser apropriadas internamente pela organização que as produz) são muito significativas, de forma que essas instituições não podem ser sujeitas simplesmente às leis clássicas do mercado. É impensável que uma grande universidade, um importante centro de pesquisa, um hospital de primeira linha, um museu digno desse nome possam ser financiados exclusivamente pela cobrança dos serviços que prestam.

A argumentação procura confundir o leitor, fazendo supor que a assistência à saúde oferecida por entidades privadas não tem normas claras para regulá-la. Em outras palavras, a Constituição ao definir a saúde como direito estabeleceu também que ela não estaria sujeita às *leis clássicas do mercado*. Portanto, a participação financeira do Estado - no caso dos hospitais - não é uma concessão da reforma e sim uma lei constitucional e ordinária.

A criação das Organizações Sociais (privadas) traz para a saúde (pública) objetivos (competir), instrumentos de gerência (desregulamentação e flexibilização), organização (atomização) e finalidade (vencer a competição) que pertencem à esfera privada do mercado e que não estão referidos aos objetivos (promoção, prevenção, cura e reabilitação), instrumentos (regulamentação pelo público; universalidade e domínio pelos trabalhadores e população do objeto de trabalho), organização (sistema) e finalidade (bem-estar) da saúde individual e coletiva.

A partir da reflexão de Chaui (1999) sobre o significado da transformação das universidades - instituições sociais - em Organizações

Sociais, pode-se estabelecer um paralelo para as Organizações Sociais hospitalares:

Uma organização difere de uma instituição por definir-se por uma prática social, qual seja, a de sua instrumentalidade: está referida ao conjunto de meios particulares para a obtenção de um objetivo particular. Não está referida a ações articuladas às idéias de reconhecimento externo e interno, de legitimidade interna e externa, mas a operações definidas como estratégias balizadas pelas idéias de eficácia e de sucesso no emprego de determinados meios para alcançar o objetivo particular que a define. É regida pelas idéias de gestão, planejamento, previsão, controle e êxito. Não lhe compete discutir ou questionar sua própria existência, sua função, seu lugar no interior da luta de classes, pois isso, que para a instituição social universitária é crucial, é, para a organização, um dado de fato. Ela sabe (ou julga saber) por que, para que e onde existe. A instituição social aspira a universalidade. A organização sabe que sua eficácia e seu sucesso dependem de sua particularidade. Isso significa que a instituição tem a sociedade como seu princípio e sua referência normativa e valorativa, enquanto a organização tem apenas a si mesma como referência, num processo de competição com outras que fixaram os mesmos objetivos particulares. Em outras palavras, a instituição se percebe inserida na divisão social e política e busca definir uma universalidade (ou imaginária ou desejável) que lhe permita responder às contradições impostas pela divisão. Ao contrário, a organização pretende gerir seu espaço e tempo particulares aceitando como dado bruto sua inserção num dos pólos da divisão social, e seu alvo não é responder às contradições, e sim vencer a competição com seus supostos iguais.

As conseqüências para o SUS da transformação das instituições sociais (públicas) em Organizações Sociais (públicas não-estatais) são:

a) Por referir-se ao *conjunto de meios particulares para a obtenção de um objetivo particular*, os hospitais e ambulatórios de especialidades descolam-se da realidade social e de saúde do distrito, do município ou de uma região, deixando de se constituir em uma rede articulada hierárquica e regionalizada de serviços de fato e de direito, constituindo-se em entidade autônoma administrativamente, abrindo espaço para a autonomia política. Assim os hospitais e ambulatórios de especialidades fecham-se na sua particularidade interna e se orientam pela lógica das organizações que são, como diz Chaui, *balizadas pelas idéias de eficácia e de sucesso no emprego de determinados meios para alcançar o objetivo particular que o define*.

b) A Constituição reconhece, no artigo 196, o caráter social do processo saúde-doença. Por seu turno, a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) expressa, no art. 5, incisos I e II, o papel do SUS para intervir na

reprodução social. Comentando esse artigo Carvalho, Santos (1992, p. 69) refletem:

A importância desse artigo repousa no seu inciso II, ao reconhecer que o estado de saúde, expresso em qualidade de vida, pressupõe condições econômicas e sociais favoráveis ao bem-estar do indivíduo e coletividade, e confere ao SUS o poder de formular política de saúde destinada a interferir nos campos econômico e social para prevenir doenças e outros agravos.

Em outras palavras, a proposta do SUS vai além de um sistema de saúde articulado em rede com diferentes níveis de atenção, nas diversas esferas de governo, mas se constitui também num crítico, formulador e proponente de políticas sociais públicas, visando alterar uma dada realidade de saúde. Isto lhe confere aquela característica de pretensão universal referida por Chauí: sua inserção numa sociedade dividida e *seu lugar no interior da luta de classes*. E por isso questiona o seu próprio modo de ser, ou seja, sua política, seu modelo técnico-assistencial e organizacional como resposta à situação de saúde. Essa característica se perde quando o sistema é quebrado em dois sistemas autônomos, com gerências de características diferentes, com objetivos próprios.

c) A privatização da saúde se confirma nos próprios termos de Bresser Pereira. Ao conceituar essa nova modalidade de privatização de *público não-estatal*, o autor vai fornecer instrumentos privados de organização e gerência. É este o sentido que deve-se dar à flexibilização das relações de trabalho e à desregulamentação; o direito privado para reger as relações com o Estado; a dispensa de licitação para compras e contratos; a autonomia para execução orçamentária. Ao trazer o modelo privado de administração para a área pública e propor que as Organizações Sociais devam competir entre si, o que se está fazendo é lançar à **sociedade de mercado** a assistência à saúde não somente para aqueles que precisam de cuidados mais simples, mas não se enquadram nos grupos de risco, mas também e principalmente, todos que necessitam de cuidados mais complexos.

Pode-se observar ainda, que o conceito de comunidade usado para implantar o Programa de Saúde da Família não é mais utilizado para as Organizações Sociais. Aqui recupera-se o sentido de sociedade de mercado. O conceito de sociedade trás em si, a divisão que a perpassa, que irá se manifestar na assistência à saúde - os ricos terão um tipo de atendimento e os pobres outro dentro do SUS.

A transformação dos hospitais e ambulatórios de especialidades em Organizações Sociais articula-se num processo que diminui o espaço público e amplia o espaço privado na área da saúde e, ao se estenderem à educação, cultura e pesquisa científica, atingem diretamente os direitos sociais conquistados pelas lutas populares.

Considerações Finais

O objetivo deste trabalho foi o de refletir se as mudanças introduzidas no setor saúde com a Reforma do Estado brasileiro, particularmente o Programa de Saúde da Família, o Programa dos Agentes Comunitários da Saúde e a transformação das organizações complexas da saúde em Organizações Sociais, propostos nos documentos emitidos pelos ministérios da Saúde e o da Administração Federal e Reforma do Estado, estão levando à privatização da saúde e assim suprimindo o direito constitucional, universal e geral de assistência à saúde.

O caminho percorrido foi o de recuperar em suas origens os significados dos conceitos de público e privado. Estes conceitos foram discutidos na modernidade a partir da tese política de Chaui de que a modernidade - identificada com o liberalismo - e o modernismo - identificado com o marxismo - tinham como projeto político criar o espaço público separado do espaço privado para evitar que uma pessoa ou um grupo de pessoas se assenhorasse do poder visando uso próprio. Este projeto, que falhou, foi abandonado pela pós-modernidade. A pós-modernidade tem como alvos o liberalismo, no que diz respeito ao modelo administrativo, e, pelo lado do marxismo, o modelo administrativo burocrático do planejamento centralizado. Terminou-se por chegar ao **conceito de privatização** como a perda de poder das instituições públicas de intermediação entre a sociedade e o poder executivo.

Na área da saúde, a reforma do Estado vem se dando com a implantação da Norma Operacional Básica de 1996, a lei que cria as Organizações Sociais e o Programa de Publicização, e a regulamentação dos planos de saúde. Os dois primeiros mecanismos introduzem mudanças na assistência à saúde executada pelo Estado, e a regulamentação dos planos de saúde normatiza os serviços oferecidos pela iniciativa privada.

O estudo mostrou que a Norma Operacional Básica de 1996 **privatiza a saúde** através:

a) do conceito de Estado que orienta a reforma e no qual a política não intermedia as relações sociais. Na realidade, no Estado liberal, **a política torna-se uma função da economia** que, de natureza privada, passa a reger as relações políticas;

b) na **restrição do universo** das pessoas a serem atendidas pelo Estado através da limitação da assistência à saúde aos grupos de risco e ao limitar os serviços a umas poucas ações e atividades de saúde, além da introdução do Cartão SUS;

c) da utilização do conceito de comunidade; que procura **ocultar as contradições** existentes na sociedade, como as diferenças de classes;

d) da utilização do conceito de família na tentativa de legitimá-la como responsável por sua saúde; **diminuindo a responsabilidade do Estado** na prestação dos serviços,

e) na **substituição dos sujeitos políticos** na tomada das decisões da coletividade - Conselhos e Conferências de Saúde - **pelos sujeitos técnicos** – Sistema de Atendimento à Saúde;

f) na **substituição do direito universal e geral à saúde pelo atendimento às carências de grupos sociais particulares.**

Paralelamente, a lei das Organizações Sociais e do Programa de Publicização quebra o SUS em dois sistemas, reintroduzindo a dicotomia entre prevenção e promoção da saúde; de um lado, e cura e reabilitação, de outro, através dos hospitais públicos privatizados na forma de entidades *públicas não-estatais*. Além disso, as Organizações Sociais significam a privatização da saúde, menos por se utilizar de práticas gerenciais próprias das entidades privadas e **mais por terem objetivos, instrumentos de gerência, organização e finalidades próprias**, que não estão referidas àquelas do SUS.

Finalmente, o primeiro processo, ou seja, a perda do direito à saúde foi conduzido pelo Ministério da Saúde, que teve como conceitos orientadores o de família e comunidade e como finalidade restringir a assistência às carências de grupos considerados de risco.

Já o segundo processo, a quebra do sistema e a privatização dos equipamentos de maior complexidade, foi conduzido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado, que teve como conceito orientador o de sociedade de mercado e como finalidade tornar essencial um sistema que constitucionalmente era complementar, ou seja, o setor privado.

Abstract: The purpose of this study is to discuss the consequences of state reform in the health sector, particularly the Family Healthcare Program and the conversion of the most complex health care institutions into Social Organizations. The paper analyzes the extent to which these qualitative changes signify the privatization of public healthcare services and the loss of the universal right to health care. This is achieved through an analysis of current healthcare legislation, using the public and private spheres as categories of analysis. The analysis shows that the right to healthcare is not guaranteed by the reform since the governmental concepts underlying the public healthcare system are different from those on which the reform is based. The current reform tends to privatize healthcare through both the Family Healthcare Program and the Community Healthcare Agent Program and through the transformation of highly complex healthcare services into non-governmental healthcare organizations.

Key words: SUS (Brazil); State; private sector; public sector

Referências

- ARENDT, H. *A condição humana*. Trad. de Roberto Raposo. 4ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989. 352p.
- BERGMAN, M. *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*. Trad. de Carlos Felipe Moisés e Ana Maria L. Ioriatti. São Paulo: Companhia das Letras, 1986. 360p.
- BRANDÃO, A (Org.) 2001. *Os direitos humanos: antologia de textos históricos*. Trad. de Maria Cristina Guimarães Cupertino. São Paulo: Landy, 2001. 263p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 1/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 nov. 1995. Seção 1, p. 22932-54.
- BRESSER PEREIRA, L.C. *Reforma Administrativa do Sistema de Saúde*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998 a. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, 13).
- BRESSER PEREIRA, L.C. *O que são organizações sociais*. [on-line] Disponível na Internet: www.mare.gov.br/reforma/os/os.html (19 nov. 1998b).
- BRESSER PEREIRA, L.C. *As organizações sociais*. [on-line] Disponível na Internet: www.mare.gov.br/reforma/os/os.html (3 jan. 1999).
- CARVALHO, G.; Santos, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde. (Leis 8.080/90 e 8.142/90)*. São Paulo: Hucitec, 1992. 371p.
- CHAUI, M.. Público, privado, despotismo. In: Novaes, A. *Ética*. São Paulo: Companhia das Letras/Secretaria da Cultura, 1992, p. 345-90.
- CHAUI, M. *Introdução à história da filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles*. São Paulo: Brasiliense. 1994.390p.
- CHAUI, M. *Convite à filosofia*. 9ª ed. São Paulo: Ática, 1997. 440p.
- CHAUI, M. A universidade operacional. *Folha de São Paulo*, 9 maio 1999. Caderno Mais, p. 3.
- FINLEY, M.I. Política. In: FINLEY M I (Org.). *O legado da Grécia: uma nova avaliação*. Trad. de Yvette Vieira Pinto de Almeida. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1998. 523p.
- FOLSCHIED, D.; WUNEMBURGER, J.J. *Metodologia filosófica*. Trad. de Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 394p.
- JAEGER, W. *Paidéia: a formação do homem grego*. São Paulo: Martins Fontes, 1995. 1413p.
- PINHEIRO, M.F.S. *O público e o privado na educação brasileira: um conflito na Constituinte*. Brasília/mimeo. 1991.

TÖNNIES, F. *Comunidad y asociacion – el comunismo y el socialismo como formas de vida social*. Barcelona: Ed. Península, 1979.282p.

VERNANT, J.P. *As origens do pensamento grego*. Trad. Isis Borges B. da Fonseca, 12ª ed. Rio de Janeiro: Difel, 2002. 143p.