

**UNIVERSALIDADE E PRIVATIZAÇÃO: UMA ANÁLISE
COMPARATIVA DOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE
BRASILEIRO E FRANCÊS**

***UNIVERSAL AND PRIVATIZATION: A COMPARATIVE ANALYSIS OF
BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEMS AND FRENCH***

Juliana Costa Zaganelli

Mestranda pela Faculdade de Direito de Vitória. E-mail:
julianazaganelli@gmail.com

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

Doutora em bioética pela universidade de Brasília. Professora do Programa de
Pós-Graduação em Direito das Faculdades Integradas de Vitória - FDV.
E-mail: elda.cab@gmail.com

Recebido em: 27/02/2016

Aprovado em: 12/04/2016

Doi: 10.5585/rdb.v13i6.362

RESUMO: O presente trabalho se propôs a investigar se as similaridades existentes entre o modelo de sistema de saúde francês e brasileiro permitem concluir que os dois países caminham na mesma direção rumo a privatização do setor saúde. O contrato de gestão ingressou no Brasil com a finalidade de cumprir os interesses do Estado em contratualizar com a iniciativa privada. Já na França, o governo passou a investir menos no setor de saúde. A análise aponta no sentido de que a interpenetração dos serviços públicos e privados transfere serviços que deveriam ser gerenciados pelo Estado. Por isso, a abordagem dialética é capaz de direcionar o artigo em comento, de modo a reafirmar o direito à saúde pública e sua importância na sociedade, em que pese a tese, a antítese e a síntese. Portanto, ambos os sistemas de saúde são universais e igualitários, no entanto, em vista do modelo neoliberal, caminham para privatização da saúde pública.

Palavras-Chave: Universalização; Privatização; Sistema Público de Saúde. França; Brasil.

ABSTRACT: This study set out to investigate whether the similarities between the model of French and Brazilian health system and support the conclusion that the two countries are moving in the same direction towards privatization of the health sector. The management contract entered in Brazil in order to meet the state's interests contractually with the private sector. In France, the government started to invest less in the health sector. The analysis points towards the interpenetration of public and private services transfer services that should be managed by the state. The dialectical approach is able to direct the article under discussion, to reaffirm the right to public health and its importance in society, despite the thesis, antithesis and synthesis. Therefore, both health systems are universal and egalitarian, however, in view of the neoliberal model, moving towards privatization of public health.

Keywords: Universal; Privatization; Public Health System; France; Brazil.

INTRODUÇÃO

A intenção do estudo em tela é investigar, por meio do direito comparativo, as similaridades existentes entre o sistema de saúde brasileiro e francês, com o propósito de verificar se ambos os modelos convergem para à privatização da saúde pública.

No Brasil, a Constituição Federal brasileira trouxe em seu artigo 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado, de modo universal e igualitário. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para propiciar este acesso, sendo conferido ao setor privado a atuação complementar.

Todavia, os contratos de gestão foram implementados para o Estado contratualizar com a iniciativa privada, o que desencadeou na transferência dos serviços públicos para o setor privado, como, por exemplo, a ampliação do quantitativo de Organizações Sociais de Saúde (OSS) na gestão pública.

De forma semelhante, na França, o acesso à saúde é universal e igualitário, conforme a legislação nacional, em especial pelo Preâmbulo da Constituição de 1946, bem como pelo Código de Saúde Pública. No entanto, na medida em que o governo diminuiu os investimentos na saúde pública, o setor privado se ampliou e, conseqüentemente, dúvidas acerca da universalidade foram levantadas.

Logo, ambos os modelos apresentam características da universalidade e da igualdade no acesso à saúde pública, mas, a crescente interpenetração dos serviços públicos e privados fomenta a investigação acerca da tendência em relação ao setor saúde no Brasil e na França.

Diante disso, o método de pesquisa utilizado neste presente artigo é a dialética, o qual traz as transformações e as contradições. A tricotomia existente se baseia na tese, na antítese e na síntese, o que permite analisar a realidade em si, a contradição e a construção de algo novo (KONDER, 1999, p. 8).

Portanto, a proposta do artigo em tela demonstra as similaridades entre o modelo de saúde francês e brasileiro para analisar se os dois países caminham na mesma direção rumo a privatização do setor saúde. Por isso, a abordagem dialética se mostra adequada.

1. O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Com vistas a situar a apresentação do sistema de saúde brasileiro pós-88, não cabe um relato extenso de sua evolução, por isso, buscar-se-á examinar a conjuntura atual que promove o fortalecimento do setor privado na saúde no Brasil. Em meados da década de 80, por meio do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), o qual defendia a saúde como direito de todos e dever do Estado, os embates acerca da saúde sucederam na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986 (SIQUEIRA, 2010, p. 268).

Nesse sentido, com a promulgação da Constituição Federal do Brasil, em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerado a,

mais completa política pública inclusiva e maior conquista política e social que o país já pode desfrutar no campo da saúde pública, por seus princípios éticos e doutrinários, organizativos e operacionais, fundamentados na cidadania, fortemente orientado pela descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização das ações e dos serviços de saúde (SIQUEIRA, 2010, p. 269).

Nessa acepção, o SUS abrange princípios da universalidade, da igualdade, da integralidade, da participação e da descentralização, principalmente, no que tange a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual a sociedade participou ativamente (PAIM, 2006, p. 13).

A articulação entre a prevenção e a promoção da saúde para todos, sem qualquer discriminação, bem como o controle e a fiscalização dos serviços executados pelos entes federados (União, Estados e Municípios), com a devida responsabilidade de cada esfera, possibilita a satisfação destes princípios (NORONHA; MACHADO; GIOVANELLA, 2012, p. 368). Cabe mencionar também que em 2012, a Lei Complementar n. 141, regulamentou a Emenda Constitucional n. 29/2000, a qual versa sobre os valores que os entes federados devem direcionar para o âmbito da saúde. Assim,

as propostas de reformulação do sistema de saúde brasileiro concretizaram-se após um amplo movimento na área da saúde, cuja frente era representada por um bloco de forças contra-hegemônico, denominado MRS. O ponto forte do MRS brasileiro culminou com a 8ª CNS, que serviu de subsídio para a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS (COTTA, 2013, p. 135).

Com isso, apesar de todas as adversidades ocorridas na constituinte de 1988, o MRS impulsionou os debates acerca da reforma do setor saúde no Brasil, o que foi essencial para assegurar o direito à saúde universal.

Em um conceito macro, o SUS iguala a saúde ao direito à vida (SIQUEIRA; BUSSINGUER, 2010, p.269), tendo poder de regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de saúde à luz da Magna Carta, bem como das Leis Federais n. 8.080 e 8.142, ambas de 1990.

A Lei n. 8.080/1990, regulamentou as condições para a promoção, proteção e a recuperação da saúde, bem como o funcionamento e organização dos serviços em todo o território nacional (BRASIL, 1990a). No ano de 2011, foi publicado o Decreto n. 7.508 que a regulamenta e dispõe sobre a saúde, em especial o SUS. Já a Lei n. 8.142/1990, dispõe sobre a participação da própria comunidade no SUS (BRASIL, 1990b), bem como sobre a transferência de recursos para a área da saúde.

Este eixo universal e igualitário, assegurado pelo artigo 196 da Magna Carta orienta que, “todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independente da complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos”, bem como “não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde” (NORONHA, 2012, p. 367).

Com o fim de proporcionar a todos os cidadãos o direito ao acesso à saúde, estes princípios possuem a função de nortear os parâmetros almejados pelo SUS. Inclusive, cumpre destacar que o sistema de saúde no Brasil é formado por uma “rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público privada financiada sobretudo por recursos privados” (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011, p. 19).

Neste sistema, há três subsetores: o público – serviços financiados pelo Estado nos três níveis federativos –, o privado– serviços financiados com recursos privados ou públicos – e, por fim, a saúde suplementar – planos privados de saúde, etc (PAIM TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011, p. 19).

O sistema brasileiro é dual e, na medida em que o SUS estava se constituindo, havia também, a regulação do setor privado. Isso porque, apesar do artigo 196 da Constituição Federal assegurar o direito social à saúde como universal e igualitário,

sendo direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), os artigos 197 e 199 mencionam que:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Bem como,

Art. 199. § 1º. as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Nessa perspectiva, a participação do setor privado na saúde pública é possível, desde que de modo complementar. O que ocorre, porém, é que, atualmente, essas práticas não estão sendo desenvolvidas em consonância com o Texto Constitucional, colocando em xeque as conquistas do Movimento de Reforma Sanitária.

Isso porque, “as transformações em curso correspondem muito mais à lógica da acumulação do capital no setor saúde, do que às reais necessidades de saúde da população” (BUSS, 1995, 74), admitindo, de modo natural, a comercialização dos bens sociais e o lucro. E, o Estado ao invés de destinar os recursos para abarcar seus serviços, contrata entidades outras para tanto (AMADIGI; ALBUQUERQUE; GONÇALVES; ERDMANN, 2007, p. 90).

Os serviços públicos de saúde que deveriam ser prestados, preferencialmente, pelo Estado e disponível para todos, estão sendo transferidos a “terceiros” e os princípios – universalidade e igualdade – consagrados no artigo 196 não são suficientes para garantir a sua aplicabilidade. Isso pode ser verificado ao analisar os gastos totais em torno da saúde no Brasil que, no ano de 2011, foi de 45,7%, tendo um gasto público *per capita* de 512 dólares (BRASIL, 2015, p. 90).

Assim, o acesso que deveria ser para todos passa a ser, “focalizado nos mais pobres e pauperizados, que enfrentam, em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, representando um verdadeiro gargalo no sistema, gerando um grande número de demandas não contempladas pelo sistema” (SOARES, 2010, p. 57), o que reflete na exclusão desses cidadãos.

Portanto, é notório que a interpenetração de entes privados em setores como a saúde está cada vez mais forte, transformando esse direito em um mercado altamente lucrativo e excludente no Brasil.

2. O SISTEMA DE SAÚDE FRANCÊS

A saúde pública tornou-se prioridade nacional na França no ano de 1902 com a Lei Siegfried, primeira Lei Francesa de Proteção à Saúde Pública, a qual estabelecia regras de higiene (COSTA; SANGLARD, 2006, p. 495). Em decorrência disso, os debates acerca do tema tornaram-se mais expressivos. Em meados dos anos 40, o governo francês traçou o sistema de saúde, nos moldes do modelo de seguro social, o qual, os benefícios são proporcionais às contribuições (FLEURY; OUVÉRY, 2012, p. 33).

Este modelo é compreendido pelos princípios da equivalência, subsidiariedade e solidariedade. No primeiro, deve haver uma correspondência entre o valor dos

benefícios e as contribuições pagas. Já na subsidiariedade, cabendo, primeiro à família, a responsabilidade com a saúde. Por fim, a solidariedade, diz respeito à necessidade, na intenção de não incentivar o acúmulo de reservas de capital (GIOVANELLA, 1999, p. 136-143).

No entanto, embora o sistema francês seja um modelo de seguro social, sua legislação nacional traz aspectos universais e igualitários. Nesse viés, o Preâmbulo da Constituição de 1946 (FRANCE, 1946) menciona que:

garante a todos, inclusive à criança, à mãe e aos trabalhadores idosos, proteção da saúde, segurança material, descanso e lazer. Qualquer ser humano que, devido à sua idade, estado físico ou mental, situação econômica, se encontre incapaz de trabalhar tem o direito de obter da comunidade os meios de subsistência adequados¹.

A saúde, então, foi pensada para todos, de forma indistinta, no modelo francês. Mas, a partir da década de 80, os direitos sociais ganharam maior relevância no mercado, tendo em vista o fomento à concorrência, fechamento das instituições públicas e ampliação da responsabilidade privada (FERREIRA; MENDES, 2015, p. 9). Nesse sentido,

a partir de 1984, os hospitais públicos e os privados sem fins lucrativos – que correspondiam a 75% dos leitos – passaram a ser submetidos a um controle externo de seus gastos, com restrição ao ritmo de expansão das despesas, mediante adoção de um orçamento global (“sistema de envelope global”). [...] Assim, embora a medida tenha atingido seu objetivo de redução dos custos, ela gerou uma deterioração dos serviços hospitalares de base (FERREIRA; MENDES, 2015, p. 11).

Diante disso, a política de redução das despesas no setor saúde provoca consequências no acesso e na asseguarção desse direito para a população, por exemplo, o serviço hospitalar de base, sofreu desgastes. Em razão da lógica neoliberal, em 2004, foi proposta uma nova reforma do sistema, ampliando os recursos de financiamento da saúde, o que está na contramão dos ideais estabelecidos pela legislação nacional.

Isso porque, o sistema de saúde francês assegura a igualdade e o acesso à todos no campo da saúde, apesar de ser considerado um modelo de seguro social. Inclusive, o Código da Saúde Pública, Título I, artigo L1110-3 (FRANCE, 2015a) versa que “ninguém pode ser submetido a discriminação no acesso à prevenção ou cuidados”², bem como o artigo L1110-1 (FRANCE, 2015b) realça que o direito à saúde deve ser em benefício de todos. Assim,

o direito fundamental à proteção da saúde devem ser aplicados por todos os meios disponíveis para o benefício de todos. [...] para desenvolver a prevenção, garantir a igualdade de acesso de cada pessoa para o cuidado necessário à sua condição, garantir a continuidade dos cuidados e a melhor segurança possível na saúde³.

¹ No original: “Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence”.

² No original: “Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins”.

³ No original: “Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible”.

É oportuno também destacar a Lei n. 99-641 de 1999, a qual afirma a universalidade na cobertura do seguro de saúde francês, por meio de seu artigo primeiro (FRANCE, 2015b).

Contudo, com uma administração centralizada, o sistema é organizado por meio de contribuição compulsória de seguros sociais (FERREIRA, 2015, p. 10), promovendo o reembolso após as consultas. No entanto, em vista do neoliberalismo, a saúde tornou-se o centro das questões econômicas, sob o argumento de limitação da eficiência e, também, de seu desempenho (DEMAILLY, 2014).

Exemplo disso é a figura do “*médecin traitant*”, o qual define todos os protocolos a serem seguidos pelos pacientes e, caso não seja, essas pessoas passariam a não receber o completo reembolso ou, simplesmente, poderiam ter que quitar (de forma particular) (FERREIRA; MENDES, 2015, p. 15-20),

ou seja, a criação em si da figura do “*médecin traitant*” não representou um direcionamento mercantil da reforma, mas a maneira como ele foi inserido e a posição do usuário perante ele e o sistema fizeram dessa uma reforma com uma lógica de mercado. [...]o que significa gerar uma desigualdade no acesso e condicionar a maior escolha ao pagamento dentro do sistema (FERREIRA; MENDES, 2015, p. 17).

Levando em consideração tal interpenetração do setor público para o privado, determinadas pessoas ficam privadas ao acesso de direitos, como no caso do “*médecin traitant*”, permitindo o crescimento das desigualdades no sistema.

Além disso, hospitais públicos são entregues ao setor privado, como relata a médica francesa Françoise Nay (JÚNIA, 2012), vice-presidente da Coordenação Nacional dos Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité,

os hospitais são entregues diretamente para o setor privado lucrativo, não através de associações, fundações ou ONGs, mas com diversas outras formas de privatização. É possível, por exemplo, que seja privatizado apenas um setor de um hospital público utilizando os materiais e profissionais que já existem lá. Outro exemplo comum é a construção de hospitais públicos pelas empresas privadas, de forma que a empresa cobre um aluguel à segurança social. Em Paris, há um hospital sendo construído pelo qual a empresa cobrará 40 milhões de euros por ano de aluguel (JÚNIA, 2012).

Além de todos esses fatores em torno do crescimento da privatização do setor, há, por exemplo, especialidades médicas que somente são encontradas no setor privado. Em vista da lucratividade, se configura o caráter de exclusão no sistema. Essa situação é verificada na França, no que diz respeito, por exemplo, a

assistência respiratória e nutricional em casa ou para o tratamento com bomba de insulina. Estes serviços são prestados por empresas privadas pertencentes a grandes grupos, como a Air Liquide ou Nestlé. Mas o custo da terapia com bomba de insulina triplicou e estes fornecedores tendem a invadir os tratamentos realizados por especialistas, incluindo os serviços hospitalares (GRIMALDI; PAPO; VERNANT, 2008)⁴.

Nesse diapasão, a trajetória das modificações ocorridas no sistema de saúde francês converge para um possível crescimento do setor privado em detrimento do público.

⁴No original: “Ensuite, les partisans de la libéralisation des services restent muets sur les résultats de la privatisation partielle des soins, déjà réalisée dans certains domaines, par exemple pour les assistances respiratoires et nutritionnelles à domicile ou pour le traitement par pompe à insuline. Ces prestations sont assurées par des entreprises privées appartenant à de grands groupes comme Air Liquide ou Nestlé. Or le coût du traitement par pompe à insuline a été multiplié par trois, et ces prestataires ont tendance à empiéter sur les soins réalisés par les spécialistes, y compris ceux des services hospitaliers”.

O desencadeamento de políticas privatizantes viabilizam a exclusão de alguns no acesso à saúde, o que contradiz o artigo 1 da Carta do Meio Ambiente de 2004 (FRANCE, 2004) e a Constituição Francesa de 1958 (FRANCE, 1958), também em seu artigo 1, ao afirmar, respectivamente, que “toda pessoa tem o direito de viver em um ambiente equilibrado e respeitoso à saúde”⁵, “sem distinção de origem, raça ou religião”⁶.

Por isso, Cécile Prieur (PRIEUR, 2009) questiona se tal situação condiz com o “espírito” da Segurança Social ou com a aceitação da privatização. Acentuar o crescimento do campo privado significa, “agravar as desigualdades na saúde e, em última análise, resultando em um custo total mais elevado para a sociedade” (GRIMALDI; VERNANT, 2014). Invertendo, assim, o que está instituído na legislação nacional, já que o investimento no mercado está sendo cada vez mais progressiva.

Portanto, mesmo que a universalidade e a igualdade sejam assegurados na legislação francesa, o modelo neoliberal que vem sendo implementado pelo governo, desconfigura essas características.

3. AS SIMILARIDADES EXISTENTES ENTRE O MODELO FRANCÊS E BRASILEIRO

O princípio da universalidade da saúde pública está explícito na Constituição Federal e, principalmente, na Lei n. 8.080/1990, garantindo o direito de todos e o dever do Estado de atestar e executar tais ações e serviços, de modo igualitário. Na França, a universalidade em relação aos seguros sociais é notada no Código de Saúde Pública, bem como no Preâmbulo da Constituição de 1946.

Mesmo que os modelos de proteção social sejam diferentes nos países comparados – seguridade social e seguro social, respectivamente –, não se reduz a análise da tendência de ambos sistemas à privatização. Assim, como no Brasil, a lógica neoliberal está sendo progressiva na França, resultando na redução das bases da saúde pública.

O capitalismo determina as bases do mercado e faz com que o lucro ganhe espaço ao colidir com o investimento para os direitos sociais. No Brasil, diversos são os fatores que contribuem com o desmantelamento do SUS, acarretando na transferência desenfreada da responsabilidade para o privado.

Inclusive, a organização social de saúde, instituída pela Lei n. 9.637/98 e declarada constitucional pelo Supremo Tribunal Federal⁷, é um exemplo claro do crescimento privado e da não aplicabilidade do artigo 199, da Constituição Federal. A Lei 9.648/1998 dispensou a licitação nos contratos celebrados com organizações sociais de saúde, o que fragiliza tanto o controle, quanto a efetividade dos princípios do SUS.

⁵No original: “Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé”.

⁶No original: “La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. Son organisation est décentralisée. La loi favorise l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives, ainsi qu'aux responsabilités professionnelles et sociales”.

⁷EMENTA: AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE . CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. TERCEIRO SETOR. MARCO LEGAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS. LEI Nº 9.637/98 E NOVA REDAÇÃO, CONFERIDA PELA LEI Nº 9.648/98, AO ART. 24, XXIV, DA LEI Nº 8.666/93. MOLDURA CONSTITUCIONAL DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO DOMÍNIO ECONÔMICO E SOCIAL (BRASIL, 2011).

Mesmo assim, o SUS é um sistema completo que apresenta em sua base histórica, a luta da população em prol da garantia do direito à saúde universal e igualitário. Todavia, tais conquistas estão em uma trajetória de desconstrução em prol do crescimento do mercado em setores que, em regra, deveriam ser administrados pelo Estado.

Nesse sentido, o artigo 199, da Constituição Federal, traz a complementariedade do setor privado, porém, essa situação está em descompasso com a realidade brasileira. Siqueira e Bussinguer (2010, p. 299) apontam que:

a saúde é, indubitavelmente, o direito social mais relevante, intimamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, verdadeiros direitos públicos subjetivos que devem ser garantidos, observando uma ética em busca da justiça social (SIQUEIRA; BUSSINGUER, 2010, p. 299).

Sem saúde, o cidadão não é capaz de fazer absolutamente nada, como prover, captar rendimentos para sua sobrevivência, cuidar de sua família, enfim, de contribuir, inclusive, para e com a sociedade.

Essa interação existente entre a participação direta do setor privado e a persistência da saúde pública, gera resultados não favoráveis aos princípios basilares que permitem o acesso aos direitos fundamentais. Porque,

a privatização dos serviços de saúde definitivamente não é um modelo que se ajusta aos objetivos do projeto constitucional de equidade. Não se sustenta em premissas como o da universalidade e integralidade e tampouco num conceito de saúde como um direito de cidadania e dever do Estado (PERIM, 2014, p. 82).

Na medida em que não há comprometimento por parte do poder público no que tange as políticas de saúde, a efetivação concreta dos princípios basilares do SUS são mitigados. Como critica a professora Ligia Bahia, referenciada por Raquel Júnia, não há como coexistir em uma sociedade um “grande sistema público” e um “grande sistema privado”, ambos financiados pelo Estado (JÚNIA, 2010).

E destaca que:

gostaria de não estar vendo o aumento da privatização, mas o que eu vejo, o que já vi, é uma sucessão de governantes que pensam que o SUS é para pobres. E, já que o SUS é para pobres, tem que desonerá-lo de quem pode pagar; esse discurso está sempre presente (BAHIA; CUETO; BENCHIMOL; TEIXEIRA; CERQUEIRA, 2014).

Em razão disso, no Brasil, ao primar o neoliberalismo, “as políticas de bem-estar social” são reduzidas a “programas compensatórios e privatizantes”, o que resulta na alta vulnerabilidade de indivíduos que são postos “a margem” da sociedade (AMADIGI; ALBUQUERQUE; GONÇALVES; ERDMANN, 2007).

De modo semelhante na França, cada vez mais os serviços que deveriam ser gerenciados pelo governo são apropriados por organismos privados, comprometendo os ideais da legislação nacional e, principalmente, do Código de Saúde Pública.

No Fórum Social Temático Crise Capitalista, Justiça Social e Ambiental foram discutidas questões que perpassam o direito à saúde. Julien Terrie, membro das Conferências Europeias de Defesa da Saúde Pública e Proteção Social, destaca que diante da situação de uma crise financeira,

os governos não querem mais dar recursos públicos para a saúde e a proteção social e, pior ainda, estão quebrando os sistemas de hospitais públicos e de proteção social para recuperar dinheiro para dar aos bancos e ao sistema financeiro. Se as pessoas não pagam pelos serviços, elas não recebem proteção, e isso não é possível para muitas pessoas (JÚNIA, 2012).

Pontua que só na França, o sistema movimenta em torno de 400 bilhões de euros, cerca de 35% do PIB com a contribuição dos trabalhadores, assim, “esse dinheiro para um capitalista é um dinheiro perdido, [...] então, eles são obrigados a quebrar o sistema de proteção social” (JÚNIA, 2012).

Assim, para Terrie, o processo de privatização do setor saúde é similar no Estado brasileiro e francês, sendo necessário enfrentar esse problema (SILVA, 2012). As medidas implementadas pelo Estado brasileiro e francês insere mecanismos mercadológicos no setor saúde,

seja pelo aumento da participação dos cidadãos no financiamento da proteção e aumento de co-pagamentos no ato da utilização, seja ainda pela retirada de direitos antes garantidos. O objetivo que atravessou essas reformas foi o da ‘remercantilização’ dos bens sociais, ou seja, a submissão dos bens sociais a mecanismos de mercado (GIOVANELLA, 2012, p. 115).

Como bem assevera Ligia Bahia em uma entrevista, “o mercado existe construído pelo Estado” (BAHIA; CUETO; BENCHIMOL; TEIXEIRA; CERQUEIRA, 2014) e isso é verificado tanto na França, quanto no Brasil. Diante disso, à partir da análise comparativa em torno das similaridades entre ambos os sistemas de saúde, nota-se que a tendência é em prol de uma lógica neoliberal excludente.

Portanto, o Estado brasileiro e o francês estão caminhando para uma possível privatização da saúde e, cabe à população, fiscalizar e resistir à implementação dessa lógica inversa às legislações nacionais para evitar o “consumo” de um direito social ligado diretamente ao direito à vida.

CONCLUSÃO

O atual paradoxo entre o princípio da universalidade e a privatização está em evidência nos países estudados, tendo em vista que uma parcela da sociedade tem acesso ao sistema de saúde, mas não há essa facilidade para outros indivíduos.

Mesmo que os países comparados possuam distintos ideais acerca da proteção social – sendo no Brasil, a seguridade social e na França, o seguro social –, ambos possuem dispositivos acerca da universalidade. Mais que isso, a lógica neoliberal de mercado conferida a esses países direciona a privatização, reduzindo o direito à saúde em um bem de consumo, financiado por dinheiro público.

A Constituição Federal de 1988 realça, com clareza, que a saúde é um dever do Estado e que, de forma complementar, pode ser executado por terceiros. Contudo, a exceção está tornando-se regra no Brasil. Na França, as reformas do sistema de saúde resultam na desassociação da prática com a legislação nacional, uma vez que o próprio Estado promove a abertura de espaços para o crescimento do setor privado em serviços públicos, exemplo disso, são os incentivos.

O SUS remonta bases universalistas e igualitárias ao assegurar o acesso à saúde para todos de modo igual, sem qualquer distinção. Um sistema criado a partir de lutas do Movimento de Reforma Sanitária na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, que resultou em uma seção sobre a saúde na Constituição Federal de 1988. Todavia, atualmente, os direitos sociais, em especial a saúde pública, vem tornando-se um terreno fértil para a entrada da lógica de mercado, pulverizando direitos e permitindo a exclusão de pessoas vulneráveis.

No Estado francês, mesmo que seja assegurada a assistência da saúde para todos, de forma indistinta pelo Preâmbulo da Constituição de 1946, bem como os artigos do

Código de Saúde Pública, a interpenetração crescente dos serviços públicos no setor privado, inverte esses mecanismos.

Inclusive, em ambos os modelos, os incentivos econômicos do governo para adequar a infraestrutura, bem remunerar seus profissionais no serviço público de saúde, diminuíram, o que dificulta ainda mais o emponderamento deste sistema.

A constitucionalidade das organizações sociais de saúde por meio da Ação Direta de Constitucionalidade n. 1.923 de 1998, traduz a transformação dos princípios basilares e organizativos do SUS. Já na França, hospitais públicos são “entregues” ao setor privado, sendo inteiramente construídos por empresas ou são comprados setores específicos. Além disso, há a figura do “*médecin traitant*”, podendo possibilitar o não reembolso de gastos com médicos não condizentes com o protocolo recomendado.

Assim, tanto o sistema brasileiro, quanto o francês, apresentam similaridades em razão ao crescimento do mercado em serviços públicos que deveriam ser gerenciados pelo Estado.

Permite concluir, portanto, que a superação desse quadro é um desafio em revisar a estrutura política atual – tal como a articulação público-privada, as desigualdades existentes e o progressivo financiamento –, pois somente assim, o sistema de saúde pública irá se sustentar.

REFERÊNCIAS

AMADIGI, Felipa Rafaela; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. GONÇALVES, Evelise Ribeiro; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A Relação Público-Privado na Saúde Brasileira: Refletindo Eticamente sobre os Impasses e Tendências para o SUS. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2007 Out/Dez; 6(4):508-513. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3896/2691>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

BAHIA, Lígia; CUETO, Marcos; BENCHIMOL, Jaime; TEIXEIRA, Luiz Antonio; CERQUEIRA, Roberta. Pensar o Sistema Único de Saúde do Século XXI: Entrevista com Lígia Bahia. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. v. 21, n. 1. p. 93-110. jan/mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100093&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 09 dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988 Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.ht>. Acesso em: 12 maio 2015.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 1990, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Vista ao Ministro da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.923-5*, Brasília, DF, 31 mar. 2011. Disponível em: <www.stf.jus.br/portal/principal/principal.asp>. Acesso em: 07 dez. 2015.

BUSS, Paula Marchiori; LABRA, Maria Eliana (orgs). *Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças [online]*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

COSTA, Renato da Gama-Rosa; SANGLARD, Gisele. Oswaldo Cruz e a Lei de Saúde Pública na França. *História, Ciências, Saúde*.v. 13, n. 2, p. 493-507, abr.-jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n2/14.pdf> >. Acesso em: 07 dez. 2015.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; et al. *Políticas de Saúde: Desenhos, Modelos e Paradigmas*. Viçosa, Editora UFV, 2013.

DEMAILLY, Lise. La Santé: Affaire Privée? Affaire Publique? De la Domination Dans la Santé à la Domination par la Santé. *Sociologos [Online]*. 8. 2014. Disponível em: <<http://socio-logos.revues.org/2777>>. Acesso em: 9 dez. 2015.

FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen; MENDES, Áquilas Nogueira. Reformas dos Sistemas de Saúde Europeus: Tendências Divergentes do Caso Francês – 1980 a 2012. *Associação Brasileira de Economia da Saúde*. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/estado_trabalho_01_reformas_dos_sistemas_de_saude_europeus.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2015.

FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. *Sistemas Comparados: Um Estudo Sobre os Esquemas de Financiamento Europeu*. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/255.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

FLEURY, Sônia; OUVÉNEY, Assis Mafort. *Política de Saúde: Uma Política Social*. In: GIOVANELLA, Lígia; [et. al] orgs. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FRANCE. La Constitution du 4 octobre 1958. *Carta de L'Environnement de 2004*. 2004. Conseil Constitutionnel. Disponível em: <<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/charte-de-l-environnement-de-2004.5078.html>>. Acesso em 20 nov. 2015.

FRANCE. *La Constitution du 4 octobre 1958*. 1958. Conseil Constitutionnel. Disponível em: <<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/texte-integral-de-la-constitution-du-4-octobre-1958-en-vigueur.5074.html>>. Acesso em 20 nov. 2015.

FRANCE. La Constitution du 4 octobre 1958. *Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946*. Conseil Constitutionnel. 1946. Disponível em: <<http://www.conseil->

constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>. Acesso em 20 nov. 2015.

FRANCE. Legifrance: La Service Public de La Diffusion Du Droit. *Code de La Santé Publique*. Disponível em: <http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=B0E42F537B171838BF8AD9989498A3D9.tpdila21v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20151207>. Acesso em: 07 dez. 2015a.

FRANCE. Legifrance: La Service Public de La Diffusion Du Droit. *Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle*. Disponível em: <<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392&categorieLien=cid>>. Acesso em: 07 dez. 2015b.

GIOVANELLA, Lígia et. Al (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, Lígia. *Entre o mérito e a necessidade: Análise dos Princípios Constitutivos do Seguro social de Doença Alemão*. Caderno de Saúde Pública. jan-mar. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n1/0043.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

GRIMALDI, Andre; PAPO, Thomas; VERNANT, Jean-paul. Traitement de Choc Pour Tuer L'hôpital Public. *Le Mondí Diplomatique*. Fev. 2008.

GRIMALDI, Andre; VERNANT, Jean-paul. Réduire les dépenses de santé... en les privatisant?. *Mediapart*. mai. 2014. Disponível em: <<https://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/270514/reduire-les-depenses-de-sante-en-les-privatisant>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

JÚNIA, Raquel. Crise Sanitária Atinge Pessoas de Todo o Mundo. *Adital: Noticias de America Latina y Caribe*. 8 fev. 2012. <http://www.adital.com.br/site/noticia_imp.asp?lang=PT&img=N&cod=64234>. Acesso em: 08 dez. 2015.

JÚNIA, Raquel. Direito à saúde: Entre os Planos e a Universalização do SUS. *Adital: Noticias de America Latina y Caribe*. 06 maio 2010. Disponível em: <<http://site.adital.com.br/site/noticia.php?boletim=1&lang=PT&cod=47564>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

KONDER, Leandro. *O que é dialética*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1999.

KROHLING, Aloisio. *Dialética Histórica dos Direitos Humanos Fundamentais e Hermenêutica Diatópica*. Campo Jurídico, vol. 1, n. 2, p. 195-214, outubro de 2013.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; [et. al] orgs. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O Sistema de Saúde Brasileiro: História, Avanços e

Desafios. *Lancet*, 2011. Disponível em: <
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)>.

Acesso em: 07 dez. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

PERIM, Maria Clara Mendonça. *Organizações Sociais e a Diretriz da Complementariedade: Desafios da Participação Social na Saúde*. Curitiba: Editora CRV, 2014.

PRIEUR, Cécile. Le système de santé en voie de privatisation?. Documentation Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie. jul. 2009. *Le Monde*. Disponível em: <http://www.smpf.info/telecharge/upload/LeMonde090709-Syst_de_sante.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2015.

SILVA, Jacqueline. *Sindicato dos Trabalhadores em Previdência, Saúde, Trabalho e Assistência Social no Estado do Pará*. “Temos que enfrentar um sistema global para combater a privatização da saúde”, alerta Julien Terrié. 21 jul. 2012. Disponível em: <<http://sintprevspa.org.br/adm/?p=1691>>. Acesso em 12 maio 2015.

SIQUEIRA, Marcia Portugal; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. A Saúde no Brasil enquanto Direito de Cidadania: Uma Dimensão da Integralidade Regulada. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*, Vitória, v. 8, p. 253-309, jul-dez. 2010.

SOARES, Raquel Cavalcante. *A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social*. 2010. 209 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010, Disponível em: <
<http://pct.capes.gov.br/teses/2010/25001019031P3/TES.PDF>>. Acesso em: 07 dez. 2015.