



Septiembre 2019 - ISSN: 1988-7833

PRIVATIZAÇÃO DO SOCIAL: A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA A PARTIR DOS ANOS 2000

SOCIAL PRIVATIZATION: BRAZILIAN SOCIAL SECURITY IN THE YEARS 2000

Lessí Inês Farias Pinheiro¹
Carlos Eduardo Ribeiro²
Aline Conceição Souza³
Horígenes Fontes Soares Neto⁴

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Lessí Inês Farias Pinheiro, Carlos Eduardo Ribeiro, Aline Conceição Souza y Horígenes Fontes Soares Neto (2019): "Privatização do social: a seguridade social brasileira a partir dos anos 2000", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (septiembre 2019). En línea:

<https://www.eumed.net/rev/cccss/2019/09/privatizacao-social-brasil.html>

RESUMO

Nas décadas de 1980 e 1990 o modo de produção capitalista promoveu a reconfiguração do papel do Estado através de reformas estruturais, sendo as privatizações uma de suas etapas. No Brasil, finalizado o programa de privatização da economia, tal processo passou a atingir setores e serviços admitidos como área das políticas sociais. Neste compasso, o tema da reforma da previdência tem ocupado as discussões sobre políticas públicas, não se encerrando aí a amplitude alcançada pela dominação do privado em detrimento do público, a qual também atinge a saúde e a assistência social, partes integrantes do Sistema de Seguridade Social desde o início dos anos 2000. Este artigo tem como objetivo analisar a privatização dos serviços sociais em andamento no Sistema de Seguridade brasileiro, atingido por desonerações, terceirização dos serviços e subcontratação de serviços individuais.

Palavras-chave: terceirização, flexibilização, reforma da previdência.

ABSTRACT

In the 1980s and 1990s the capitalist mode of production promoted the reconfiguration of the state's role through structural reforms, with privatization being one of its stages. In Brazil, when the privatization program of the economy was completed, this process started to reach sectors and services admitted as a social policy area. At this point, the theme of the pension reform has occupied the discussions on public policies, not closing the range achieved by the domination of the private to

¹ Bacharel em Ciências Econômicas e Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente titular do Departamento de Ciências Econômicas da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). E-mail: lifpinheiro@uesc.br

² Economista (UEFS); Mestre em Cultura, Memória e Desenvolvimento Regional: Políticas Públicas de Desenvolvimento Regional (UNEB); Professor Assistente no Departamento de Ciências Econômicas da Universidade Estadual de Santa Cruz (DCEC/UESC). E-mail: cersantos@uesc.br.

³ Doutoranda em Desenvolvimento Econômico na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP/SP), mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC/BA), graduada em Economia pela UESC/BA. Atualmente é professora assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC/BA). Membro do Grupo de Pesquisa Estudos Socioeconômicos Regionais e Políticas Públicas (UESC/BA). E-mail: acsouza@uesc.br

⁴ Bacharel em Direito e mestrando em Economia Regional e Políticas Públicas (PERPP) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). E-mail: horigenesfontes@hotmail.com

the detriment of the public, which also affects health and social assistance, integral parts of the Social Security System. The objective of this article is to analyze the privatization of social services in progress in the Brazilian Social Security System.

Keywords: outsourcing, flexibilization, pension reform.

1 INTRODUÇÃO

Diversos avanços nos campos político e social foram inseridos na Constituição de 1988, por esse motivo chamada de Constituição Cidadã. Entretanto, estes avanços começaram a ser implantados na década seguinte, sob uma conjuntura de retração da atividade econômica, desestatização e reformas, as quais resultavam na redução da capacidade de investimentos do Estado em todas as áreas. Ou seja, os avanços legislativos visando à universalidade de cobertura da proteção social passaram a ser postos em prática, num contexto que apontava justamente para a diminuição do tamanho do Estado.

A privatização da economia foi uma das principais exigências do aporte teórico neoliberal que norteou as reformas estruturais, a princípio nos países desenvolvidos e, cumprido uma escala estrutural e temporal, posteriormente, nos países em desenvolvimento. São apontadas como razões para privatizações, fundamentalmente, a supressão de distorções econômicas e de distribuição de recursos e resultados oriundos dos serviços das estatais que se julgam ineficazes em sua atuação. Razões referentes, principalmente, ao impacto nas finanças públicas e fatores ideológicos estão relacionados ao próprio papel do Estado na economia.

São apontadas, pelos seus defensores, pelo menos três vantagens obtidas com as privatizações: a geração de receitas decorrente das vendas, a qual pode ser utilizada no financiamento do déficit público; a eliminação das transferências de recursos do Tesouro para as empresas, o que impõe uma redução das despesas públicas; e, ainda, o aumento da arrecadação de impostos.

O processo de privatização institucional é representado por uma vasta gama de políticas, e ou práticas, cuja finalidade e efeito visam à redução do papel do Estado enquanto proprietário e regulador de setores da gestão socioeconômica. Especificamente, define-se a privatização como a passagem da posse total ou parcial das ações da empresa pública para as mãos do público em geral. Os instrumentos políticos de privatização mais utilizados também são três: i) a transferência de empresas estatais para o setor privado através da venda de seus ativos; ii) a desregulamentação de restrições estatutárias relativas à concorrência com empresas estatais e, iii) a contratação de empresas privadas para atividades financiadas pelo setor público.

Este artigo tem como objetivo particularizar a análise do processo de privatização de políticas sociais especificamente na Previdência Social, Saúde e Assistência Social, políticas que compõem o Sistema de Seguridade Social. A discussão traz, enquanto abordagem metodológica, uma análise descritiva da evolução da privatização na seguridade social brasileira. Sob a perspectiva de procedimento, a metodologia perpassa por uma revisão de literatura, contextualizada pela utilização de dados empíricos sobre os acontecimentos e medidas analisadas.

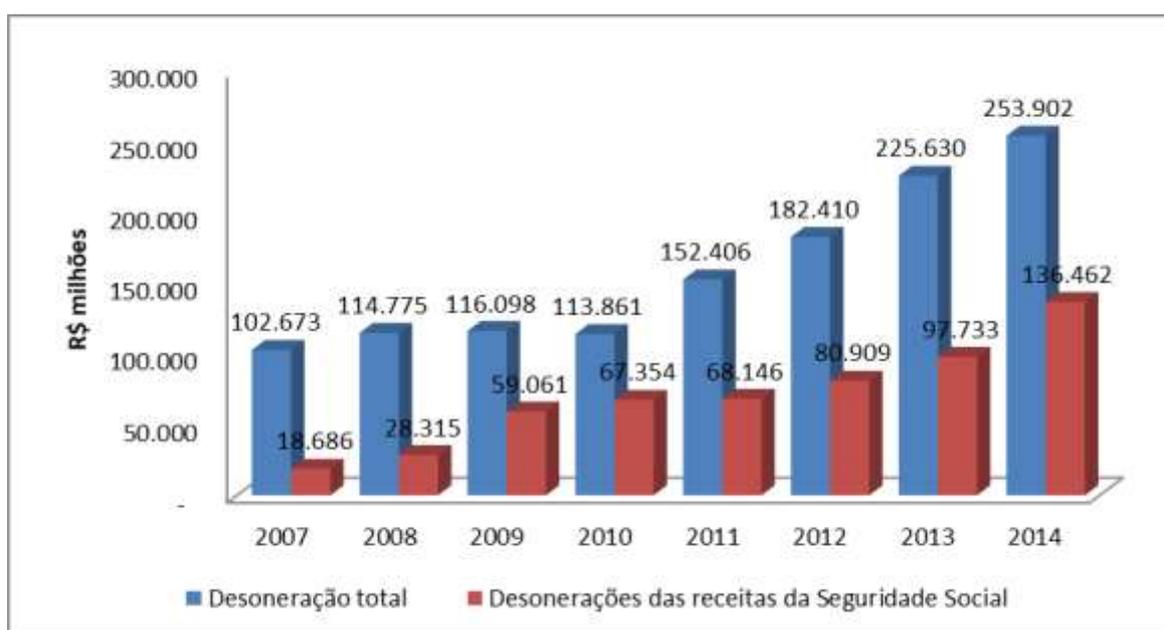
2 A PRIVATIZAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

Foi com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que o conceito de Seguridade Social foi adotado no Brasil, assentada no tripé: saúde, previdência e assistência social. Quanto ao financiamento, a Constituição Federal (art. 195) preceitua que a seguridade será financiada pela sociedade “[...] mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios”. O mesmo artigo, alterado pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998, instituiu que o custeio dos gastos com a seguridade se dará através das contribuições sociais específicas. A partir desses recursos e, utilizando a concepção de proteção social, o orçamento da seguridade deve seguir uma lógica guiada pelas despesas necessárias à garantia dos direitos decorrentes da universalização do atendimento para, então, prever as receitas.

Em que pese não ter ocorrido uma reforma geral do Sistema de Seguridade social, tem havido um descumprimento de preceitos constitucionais, através de um padrão de gestão fiscal que tem retirado recursos do orçamento da seguridade social, como a constituição do Fundo Social de Emergência, posteriormente chamado de Fundo de Estabilização Fiscal e também a instituição da Desvinculações de Receitas da União (DRU), cuja majoração da incidência de 20% para 30% de todos os impostos e contribuições sociais federais ocorrera a partir de janeiro de 2016. Concomitantemente, ocorreram alterações de regras nas três áreas da seguridade no sentido de transferir os seus serviços para o setor privado.

Outra questão no debate sobre privatização da seguridade diz respeito ao volume total de isenções e renúncias fiscais concedidos. A renúncia de receitas da Seguridade Social cresceu mais de 600% entre 2007 e 2014 (Figura 1).

Figura 1 - Desonerações federais totais e desonerações totais da Seguridade Social – 2007 a 2014 - em R\$ milhões



Fonte: GENTIL (2017).

Comparando-se o montante das desonerações das receitas da seguridade social do ano de 2014 com os orçamentos setoriais pode-se mensurar o seu peso. As desonerações somaram R\$ 136 bilhões e os orçamentos da função Saúde e Educação foram de R\$ 94 bilhões e R\$ 93,8 bilhões, respectivamente. Tal volume de desoneração representou uma drenagem dos recursos da seguridade social, o que somado a outras medidas que serão elencadas a seguir construíram o cenário de privatização do Sistema de Seguridade brasileiro, que é representado no imaginário da população pela reforma da Previdência.

Não parece ser outro propósito senão o de privatização que fez com que o governo concedesse níveis tão expressivos de desonerações e tivesse proposto uma reforma da Previdência Social, com foco apenas no corte de gastos, forçando o entendimento de que faltavam recursos para manter o sistema de proteção social (GENTIL, 2017, p.21).

A seguir serão discutidos e analisados os processos de privatização específicos da Previdência Social, Saúde e Assistência Social, políticas que compõem o Sistema de Seguridade no Brasil.

2.1 A privatização da Previdência Social

A Previdência Social brasileira é representada pelo conjunto de instituições estatais que se destinam a prestar assistência aos segurados e às suas famílias através da concessão de benefícios, em dinheiro, tais como pensões, aposentadorias, auxílio-doença, salário-maternidade e outros. No âmbito do Regime Geral, o qual abarca todos os trabalhadores que não sejam militares ou servidores públicos com cargo efetivo da União, Estados, Municípios e suas autarquias e fundações públicas, o sistema previdenciário brasileiro é regido pela Lei Orgânica da Previdência Social (Lei 8.213/1991). Entre as décadas de 1990 e 2000 a Previdência Social passou por várias rodadas de reformas, cujo intuito foi de tornar as regras mais rígidas e restritivas para os benefícios previdenciários.

A reforma realizada no final da década de 1990 teve o intuito de adaptar os mecanismos previdenciários às condições demográficas e socioeconômicas do país. Esta reforma previdenciária pode ser dividida em duas fases: a aprovação da Emenda Constitucional da Previdência Social, em 1998; e a aprovação do fator previdenciário, em 1999. A mudança constitucional alterou o regime dos servidores públicos, estabelecendo uma restrição de idade mínima para aposentadorias futuras – 65 anos, para os homens, e 60 para as mulheres – e remeteu o cálculo das aposentadorias para a legislação ordinária, que requer um *quorum* menor. O fator previdenciário, por sua vez, tem por objetivo estabelecer uma relação entre o tempo de contribuição do segurado, sua idade no momento da aposentadoria e o período esperado de recebimento do benefício com o seu valor (expectativa de vida futura e dependência do pagamento do benefício, o que onera a Previdência, no longo prazo). Existe uma relação direta entre o tempo de contribuição e a idade e uma relação inversa com o

tempo esperado de recebimento e o valor do benefício⁵. A implementação do fator previdenciário teve como objetivo uma redução da despesa média com os benefícios.

Efetivamente, observou-se o aumento nas idades de aposentadoria, principalmente a partir de 2009. Entre 2002 e 2008 as idades médias de aposentadorias permaneceram praticamente constantes. Quanto ao tempo de contribuição necessário para a aposentadoria, este tem se elevado, continuamente, desde 1998. Movimento ocasionado, em certa medida, pela redução do número de segurados que se aposentam pelas regras da proporcionalidade, adotada anteriormente, e pelo aumento do percentual dos que se aposentam com o tempo de contribuição de 35 e 30 anos exigidos para homens e mulheres, respectivamente (RANGEL; CAETANO, 2015, p. 28-29). Mas, os autores demonstram que,

[...] mesmo tendo postergado a aposentadoria, o fator previdenciário foi, na média, calculado em 0,71 para homens e 0,63 para mulheres em 2012. Em outros termos, gerou aposentadorias 29% e 37% inferiores ao valor que seria definido na ausência do fator previdenciário. Essa redução, aplicada nos valores das aposentadorias, sempre foi alvo das críticas de diversas centrais sindicais (RANGEL; CAETANO, 2015, p. 29).

Em outro sentido, em 2014 foi editada a Medida Provisória (MP) nº 664, convertida na Lei 13.135/2015, que alterou, profundamente, as regras da pensão por morte tanto no Regime Geral da Previdência Social (RGPS) quanto nos Regimes Próprios de Previdência dos Servidores (RPPS). E, com relação aos regimes próprios, foi criada a previdência complementar dos servidores públicos no âmbito federal em alguns Estados.

No caso da pensão por morte, as alterações tratam sobre a exigência de, ao menos, dezoito contribuições do instituidor para que a concessão do benefício ao cônjuge ou companheiro possa ultrapassar quatro meses, além da introdução de tempo mínimo de união ou casamento (vinte e quatro meses), tempo máximo de duração do benefício e idade do cônjuge/companheiro para que se passe viabilizar a vitaliciedade da verba, tanto no RGPS como no regime dos servidores federais.

Antes dessas alterações, a pensão por morte era vitalícia ao cônjuge/companheiro, depois delas, a duração do benefício passou a depender dos requisitos citados. Neste sentido, conforme estabelece o art. 77, da Lei de Planos e Benefícios da Previdência, preenchidos os demais critérios, vê-se a idade do dependente que mantém relação matrimonial ou de união estável com o segurado instituidor (Quadro 1).

⁵As alterações no cálculo da aposentadoria tomaram como base 80% da média dos maiores salários de contribuição a partir de julho de 1994. Foi fixado o ano de 1994 para evitar polêmicas e transtornos referentes ao efeito da inflação no período anterior ao Plano Real, implementado nesse ano.

Quadro 1 - Duração da pensão por morte, após a Lei 13.135/2015

Idade do cônjuge, companheira ou companheiro, em anos.	Duração do benefício de pensão por morte (em anos)
A partir de 44 anos	Vitalícia
Entre 41 e 43 anos	20
Entre 30 e 40 anos	15
Entre 27 e 29 anos	10
Entre 21 e 26 anos	6
Menos de 21 anos	3

Fonte:Elaboração dos autores a partir do artigo 77, V, Lei 8.213/1991.

Cabe frisar que o artigo de lei em referência determina em seu §2º-B que, conforme incremento da expectativa de vida do brasileiro ao nascer, tais idades poderão reajustadas por ato do Ministro de Estado da Previdência Social.

Desde 2003 está previsto, ainda, no âmbito da reforma da previdência dos servidores públicos, o estabelecimento de um teto para valores de benefícios de aposentadorias e pensões sob a condição de que fossem criadas entidades de previdência complementar para servidores públicos. A previdência complementar é caracterizada como um benefício opcional, “[...] proporciona ao trabalhador um seguro previdenciário adicional, conforme sua necessidade e vontade. É uma aposentadoria contratada para garantir uma renda extra ao trabalhador ou a seu beneficiário. Os valores dos benefícios são aplicados pela entidade gestora, com base em cálculos atuariais” (BRASIL, 2015, p.1). Essa lógica representa, principalmente, a ótica da privatização da previdência social no país, haja vista que a previdência complementar é acessada por quem a deseja (como complementação da renda futura) e necessita de pagamentos contínuos, com valores que variam de acordo com valor esperado futuro. Esses pagamentos não substituem a obrigatoriedade de contribuição à Previdência.

Em 2013, sete Estados já haviam estabelecido um teto para valores de benefícios de aposentadorias e pensões e, conseqüentemente, incentivado a instituição de previdência complementar para os seus servidores públicos.

O Regime de Previdência Complementar (RPC) é facultativo, organizado de forma autônoma ao RGPS, operado por entidades de previdência complementar que tem como objetivo principal “instituir e executar planos de caráter previdenciário [...], está normatizado por legislação própria e a elaboração de políticas e a fiscalização das atividades são realizadas por órgãos de governo específicos nos segmentos fechado e aberto” (BRASIL, 2015. p.3). As chamadas entidades fechadas de previdência complementar (EFPC) podem ser acessadas por empregados de uma empresa ou por um conjunto de empresas e servidores da União, Estados e Municípios.

De acordo com a Secretaria de Políticas de Previdência Complementar (SPPC), o Regime de Previdência Complementar era operado, em 2013, por 322 EFPCs, incluindo as em funcionamento normal, em liquidação ou sob intervenção. Do total de EFPCs, 217 (67,4%) são patrocinadas,

predominantemente, por entidades privadas, sendo que os planos instituídos⁶ e os públicos e municipais, somados, não chegavam a 10% (Figura 1a). A grande maioria destas operadoras se encontram na região Sudeste do país (80%, e na Região Norte existiam, apenas três operadoras (SPPC, 2015).

Quanto à cobertura previdenciária complementar dos trabalhadores com vínculo empregatício, a Tabela 1 apresenta três perspectivas. Primeiramente, é apresentada a cobertura dos participantes ativos das EFPC em relação ao total de contribuintes do RGPS, o qual apresenta valores próximos dos 5% ao longo do período. Seguem-se os participantes ativos das EFPC com rendimentos mensais acima de dois salários mínimos em relação ao total de contribuintes empregados, cujo percentual é o dobro a cobertura do total de contribuinte. Finalmente, os participantes de EFPC com rendimentos mensais acima de seis salários mínimos, em relação ao total de contribuintes empregados, cujo número se aproxima dos 80.

Tabela 1 - Cobertura da previdência complementar relação aos contribuintes empregados (em %)

	2009	2010	2011	2012	2013
Contribuintes empregados	4,15	4,83	4,92	4,78	4,76
Contribuintes empregados > 2 SM	11,94	14,60	14,0	14,29	13,97
Contribuintes empregados > 6 SM	64,01	76,88	75,80	78,90	78,92

Fonte: SPPC (2015).

Todas as medidas adotadas nas reformas da previdência visavam a redução das despesas estatais. Situação semelhante ao ocorrido com os serviços de saúde, conforme será apresentado a seguir.

2.2 A privatização da Saúde

Foi, também, com a Constituição de 1988 que a saúde passou a ser “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196).

Sendo parte integrante da seguridade social, a saúde também sofreu cortes de recursos através isenções e renúncias fiscais, concedidas às famílias e empresas privadas do setor. Neste rol estão as deduções dos gastos com despesas médicas no Imposto de Renda de Pessoas Físicas (IRPF), as deduções como despesa operacional no Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas (IRPJ)

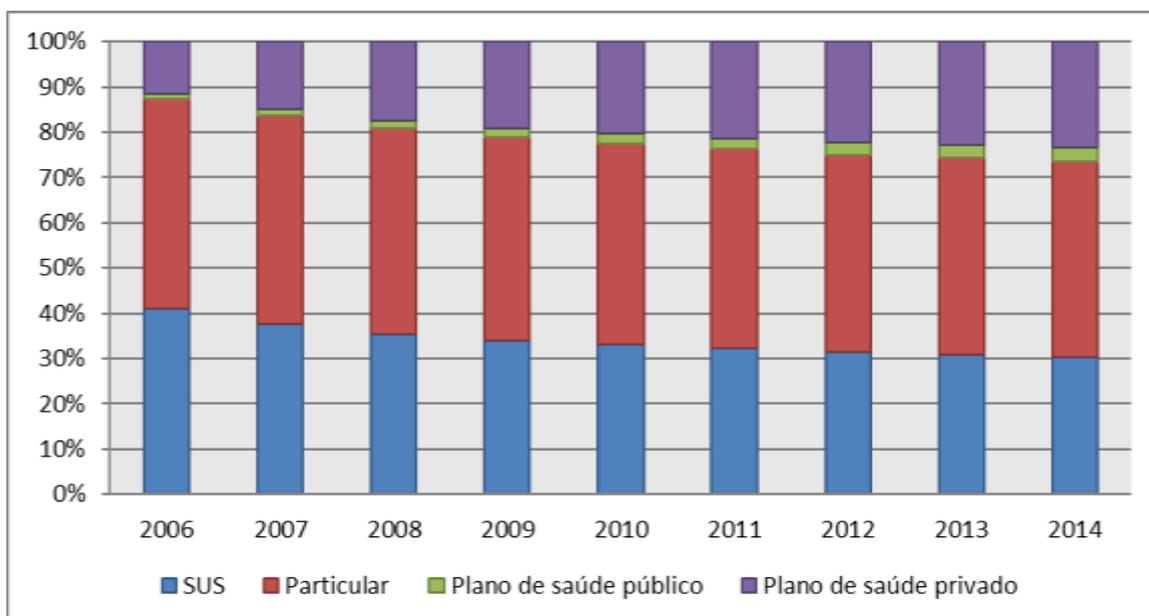
⁶Aquele criado por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial e oferecido a seus associados ou membros. Exemplos de pessoas jurídicas instituidoras são os conselhos profissionais, sindicatos e cooperativas. Importante consignar que, de acordo com a legislação, os planos instituídos só podem ser constituídos na modalidade de Contribuição Definida (CD).

dos gastos realizadas pelas empresas com assistência médica para seus trabalhadores; a isenções da CSLL, CONFINS e IRPJ para as instituições de saúde classificadas como filantrópicas e sem fins lucrativos; e as desonerações de PIS e COFINS para as empresas produtoras de medicamentos e farmacêuticos(GENTIL, 2017).

O que se observa é que estas renúncias acabam por destinar-se “a financiar empresas, quando poderiam estar sendo direcionados ao SUS ou a qualquer outra área do setor público em que pudessem se transformar em oferta de serviços” (GENTIL, 2017, p. 17), o que no Brasil é bastante grave, uma vez que priva de recursos um sistema do qual “depende uma parcela crescente da população, que é incapaz de arcar com os custos de um sistema privado quando necessitam de atendimento médico” (GENTIL, 2017, p. 17).

Tal política empurra as famílias para planos de saúde e pagamento de cuidados de saúde privados. Observando-se a distribuição do número de estabelecimentos para internação, de acordo com tipo de atendimento prestado, entre o SUS, serviços de atendimento particular, planos de saúde públicos e privados, no período 2006 a 2014, constata-se o aumento da participação da iniciativa privada no setor (Figura 2). Analisando-se os dados, de 2006 até 2014, percebe-se que o número de estabelecimentos de internação de planos de saúde privados, particulares e dos planos de saúde públicos (que também recebem pagamentos de mensalidades de seus beneficiários) vem apresentando crescimento proporcional superior ao do SUS que passou de 40% para 30% do total no período, uma redução de 10%. Ou seja, 70% dos estabelecimentos de internação no país são privados ou são públicos que recebem algum tipo de pagamento pelo serviço.

Figura 2 - Estabelecimentos (para internação) por tipo de atendimento prestado – 2006 a 2014



Fonte: DATASUS (2016).

A possibilidade da prestação de serviços privados no próprio sistema de saúde pública também está prevista, constitucionalmente. No artigo 197 da Constituição Federal fica definido que cabe “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”.

Neste sentido, e seguindo o comportamento do setor, observa-se que são três os tipos ou etapas de privatização possíveis de serem implementadas nos serviços de saúde: 1) a contratação de serviços de terceiros, 2) a desregulamentação via associação privada e o 3) o co-pagamento. As particularidades dos três tipos de privatização possíveis são apresentadas nos três subtítulos que se seguem.

2.2.1 A privatização via terceirização dos serviços

Várias modalidades de serviços oferecidas pelo SUS, seja como prestação direta de serviços ou serviços adquiridos de empresas conveniadas, são terceirizadas. No Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a despesa com serviços de terceiros pessoa jurídica (PJ) é desagregada em: 1) manutenção e conservação de máquinas e equipamentos; 2) serviços de energia elétrica; 3) serviços de água e esgoto; 4) serviços de comunicação em geral e, ainda, no que tange ao objetivo fim da prestação de serviços⁷, e os 5) serviços médicos, hospitalares, odontológicos e laboratoriais; além de 6) outros serviços de terceiros (PJ).

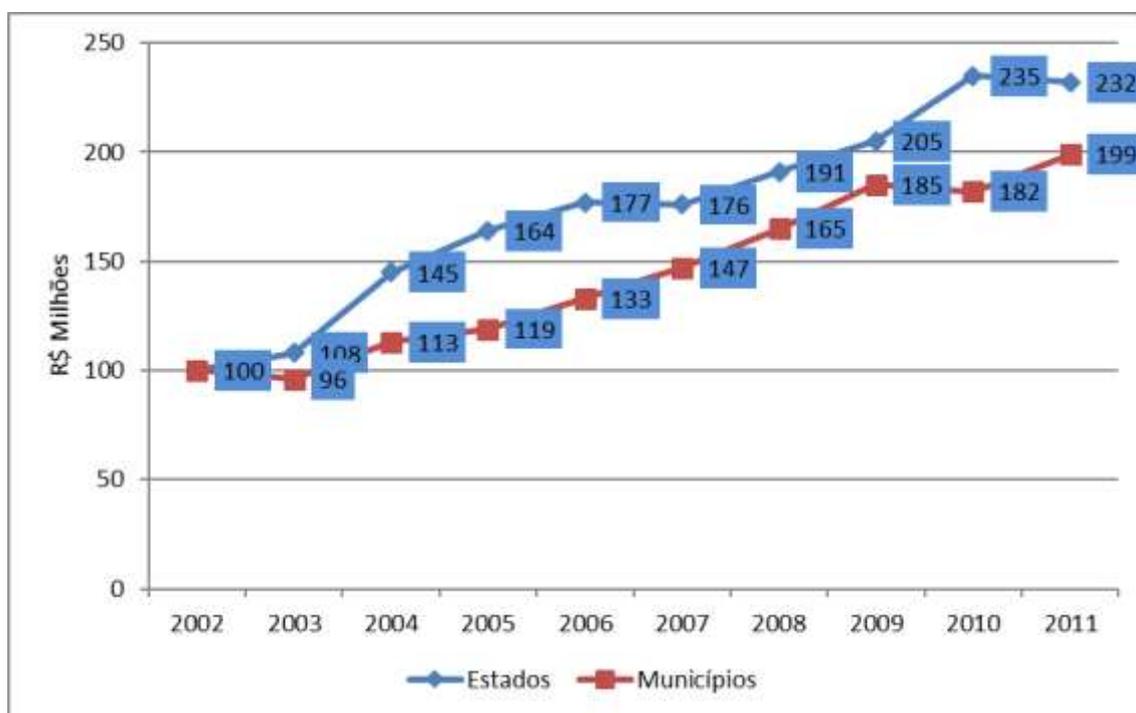
Nos últimos anos, as modalidades de terceirização vêm adquirindo importância. Os gastos com a contratação de serviços privados na área de saúde vêm aumentando consideravelmente⁸. Os gastos com serviços de terceiros mais que dobraram nos Estados e dobraram nos Municípios, entre 2002 e 2011 (Figura 3). Tanto nos Estados quanto nos Municípios, grande parte do incremento dos gastos com serviços de terceiros, pessoa jurídica, é explicada pelo aumento dos convênios entre o SUS e o setor privado para a prestação de serviços. Tal prática se aplica quando o setor público opta por não oferecer, diretamente, a prestação de serviços de saúde e o contrata no segmento privado, o qual paga aos prestadores por procedimento, de acordo com a Tabela SUS⁹.

⁷ Algo que até a aprovação do PL 4330/2004 aprovado no Legislativo Brasileiro, 2015, era vetada no processo de terceirização das atividades executadas.

⁸ Este fato pode estar associado à rigidez imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal, na medida em que esta impõe limitações ao gasto com pessoal restringe a possibilidade de prestação direta dos serviços.

⁹ A Tabela do SUS regulamenta os valores de pagamentos para cada tipo de serviço e atendimento prestado. Neste pagamento, estariam embutidos, evidentemente, todos os custos de oferta do serviço, como por exemplo, as despesas com pessoal, que passa a ser empregada, indiretamente, pelo SUS (IPEA, 2014). Levando o mesmo a reduzir, diretamente, apenas, os custos de infraestrutura.

Figura 3 - Evolução das despesas com serviços de terceiros (pessoa jurídica) nos estados e municípios (2002-2011) com serviços de saúde – (2002= 100)



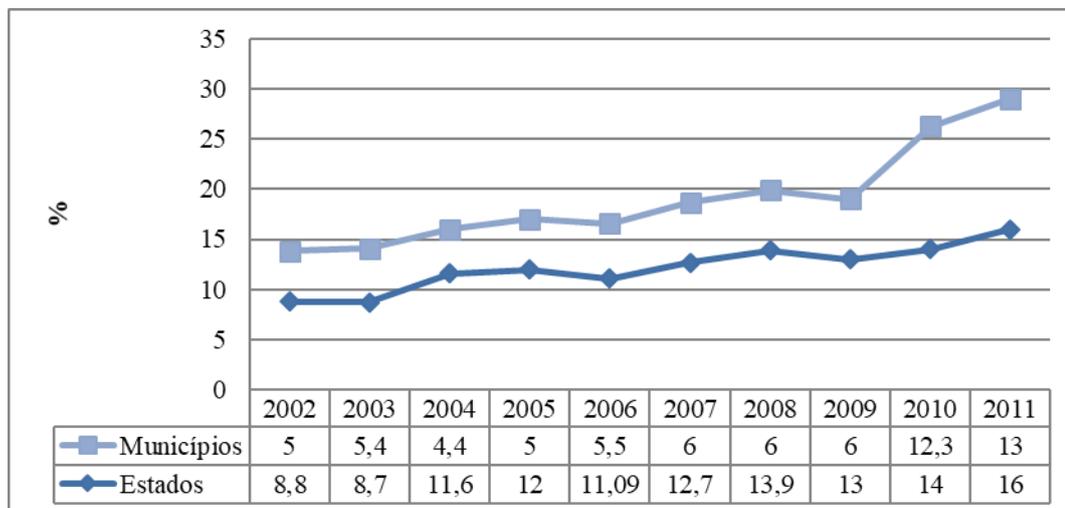
*Valores de 2012, atualizados pelo IPCA.

Fonte: PAIVA et al. (2014).

Nos anos de 2002 e 2011, nos Estados, os serviços de terceiros pessoa jurídica, os gastos médicos, hospitalares, odontológicos e laboratoriais conveniados foram os que tiveram maior crescimento percentual (247%). Quanto aos Municípios, o incremento foi de R\$ 11,33 bilhões no período, sendo que aproximadamente um terço se deveu ao aumento dos serviços médicos, hospitalares, odontológicos e laboratoriais conveniados do SUS (PAIVA et al., 2014).

Esta tendência é confirmada quando se analisam mais transferências a instituições privadas sem fins lucrativos. Nesta rubrica são registradas as transferências para Organizações Sociais e, ou para as fundações estatais, além das tradicionais Santas Casas. Nos Estados, estas transferências, praticamente, duplicaram a sua participação no Grupo de Natureza de Despesa (GND), entre 2002 e 2011. Nos Municípios, o crescimento foi mais expressivo (260%), passando de 5% para 13%, analisando-se o GND (Figura 4), o que destaca, ainda, a maior parte dos pagamentos sendo destinados à iniciativa privada.

Figura 4 - Participação percentual das transferências à instituições privadas, sem fins lucrativos, no GND, nos estados e municípios - 2002 e 2011



Fonte: Paiva et al. (2014).

Outra estratégia de privatização é a que aponta para “[...] a transformação das unidades de saúde da administração direta do Estado em entes privados sem finalidades lucrativas na forma de organizações sociais, fundações de direito privado e similares (ANDREAZZI et al., 2011, p. 90). Com a descentralização da saúde, a diversificação das fontes de financiamento é outra alternativa que vem sendo impulsionada a partir da década de 1990 no país.

2.2.2 A desregulamentação

A desregulamentação se dá via associação privada que consiste em transferir a responsabilidade para instituições privadas que se dedicam à atividade em questão, tais como ordens ou conselhos. A regulamentação e fiscalização de atividades são processos caros. Sendo de responsabilidade do Estado, podem ser realizados por quem não conhece a fundo a atividade. Nesse sentido, o Banco Mundial recomendou, especificamente ao Brasil, o processo de descentralização dessa atividade, aquela que se refere ao

[...] planejamento, orçamentação e compras para os serviços governamentais, particularmente aqueles que trazem benefícios privados pelos quais se cobra dos usuários [...]. Nos países onde existe escassez de recursos gerenciais, onde a comunicação é difícil, a locomoção lenta e muita gente se encontra isolada, a descentralização dos serviços governamentais deve considerar-se como uma forma de melhorar a eficiência (ANDREAZZI et al., 2011, p.90).

Nesta perspectiva, a desregulamentação, na prática, resulta em um Estado paralelo já que a maioria dos serviços complementares pertencem aos prestadores privados dos serviços, ou seja, uma desregulação “selvagem” implica que o Estado auto deslegitime a sua função reguladora na expectativa de que a desregulação e os mecanismos de mercado acabem por se impor como único viável modelo de saúde que propõe (SANTOS, 1990).

2.2.3 O co-pagamento

O terceiro tipo ou etapa de privatização possível de ser praticado nos serviços de saúde consiste em fazer o usuário pagar pelo serviço, quando aquele permanece no setor público, mas o financiamento é transferido para o privado, fato que na prática representa um tipo de privatização parcial. Esta estratégia promove a redução da demanda e, naturalmente, acarreta custos políticos.

O sistema nacional de saúde é definido como, tendencialmente, gratuito, levando em conta as condições econômicas e sociais do cidadão. Entretanto, não deixa clara a fronteira que separa os que podem dos que não podem pagar.

O setor de saúde tem problemas específicos no que respeita ao estabelecimento de preços, principalmente, porque no momento da procura do serviço o indivíduo não tem noção do custo de suas opções e, muitas vezes, é o próprio fornecedor (o médico ou o hospital) que toma as decisões que caberiam, em princípio, ao consumidor. É característica do setor que a procura pelos serviços de saúde, pela população, seja completamente desligada do conhecimento dos custos sobre o serviço usufruído.

Os defensores deste sistema argumentam que a alternativa de limitação da procura pelo estabelecimento de preços tem o intuito de fazer com que os que menos valorizam o serviço deixem de procurá-lo. Uma prova disto seria o caso das urgências, cuja procura não é homogênea: existem as urgências do ponto de vista individual e não-médico e as falsas urgências. Nos casos e locais onde predominam as urgências verdadeiras, a expansão da oferta deveria ser encarada como solução. Para que a existência de co-pagamento atinja os objetivos, é preciso que existam locais alternativos com igual qualidade de tratamento e que haja amplo esclarecimento do doente para o financiamento dos custos dos serviços.

O co-pagamento como forma de complementação do financiamento de unidades de saúde pública é uma recomendação do Banco Mundial especificamente ao Brasil, para reformar os sistemas de saúde, com o intuito de

[...] determinar as políticas e programas nacionais, emprego de incentivos de mercado onde seja possível a fim de motivar pessoal e alocar melhor os recursos. Permitir que a cobrança e o uso de tarifas se faça o mais próximo possível do ponto de prestação dos serviços, porque isto melhora tanto a cobrança das tarifas como a eficiência dos serviços (ANDREAZZiet al., 2011, p.90).

O co-pagamento não é uma prática oficial usualmente utilizada no serviço de saúde público brasileiro. Entretanto, o trabalho de Andreazziet al. (2011) analisa a sua ocorrência em dois pequenos Municípios no Estado de Minas Gerais, Microrregião de Montes Claros.

2.3 A privatização dos serviços e do trabalho na Assistência Social

O desenho da política pública de Assistência Social brasileira, a partir da Constituição de 1988, colocou a assistência como direito do cidadão e dever do Estado. Como tal, é uma política social setorial destinada a atender a necessidades sociais, mais frequentes entre os mais pobres, mas que opera numa perspectiva de universalidade da cidadania (SPOSATI, 2001).

A Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB – (de 1999) define como destinatários específicos da política pública de Assistência Social os “[...] segmentos populacionais involuntariamente excluídos das políticas sociais básicas, das oportunidades de acesso ao trabalho e a bens e serviços produzidos pela sociedade, das formas de sociabilidade familiar, comunitária e societária [...]” (MPAS, SEAS, 1999, p. 1). Assim sendo, na regulamentação do preceito constitucional e na prática, os demandantes da assistência social representam segmentos populacionais heterogêneos, que têm em comum a condição de empobrecidos e/ou vulnerabilizados¹⁰, logo, com difícil acesso ao circuito da produção societária.

Desse modo, a assistência social é uma política que se define em função do seu público-alvo, diferentemente das outras políticas sociais, que têm um recorte funcional/setorial preciso (CARVALHO, 2000). O autor reforça, ainda, que a política se reporta aos que não pertencem aos “canais normais de acesso à proteção social. No caso brasileiro, estes constituem um segmento expressivo da população, porém heterogêneo, segmentado [...]. São vulnerabilizados e precarizados no e pelo Estado e sociedade (CARVALHO, 2000, p. 149).

Sob esse olhar, devido à “pequena visibilidade pública, escasso acúmulo organizativo e, portanto, baixo poder de barganha política” (RAICHELIS, 2000, p. 153), os destinatários dos serviços de assistência social têm um poder de pressão reduzido ante as decisões políticas e econômicas.

Com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)¹¹, foi regulamentada a forma de funcionamento da política de Assistência Social no Brasil. O seu aprimoramento se deu com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e na sequência ocorreu a implementação Sistema Único de Assistência Social (SUAS), definido na NOB/2005 como “sistema público não-contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social brasileira” (BRASIL, 2005, p. 86).

Quando da implantação do Sistema Único de Assistência Social verificou-se também que os Estados e Municípios adotaram variadas modalidades de terceirização, através da mediação de empresas ou de ONGs, na contratação de profissionais e na prestação de serviços socioassistenciais. Mesmo em face das legislações referentes à gestão da política de Assistência Social, a ação enfrenta o sucateamento através da redução da contratação pública (estatutária), terceirização dos serviços e do trabalho sem vínculo permanente.

O que tem ocorrido na Assistência Social brasileira é o repasse de incumbências para as denominadas novas modalidades de gestão das políticas. São elas: as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito

¹⁰ Vulnerabilidade social definida como decorrente de situação de pobreza, abandono, maus tratos físicos e psicológicos, na fragilidade do papel de adultos responsáveis, das deficiências física ou mental e da dependência química (OLIVEIRA; CAMARDELO, 2002).

¹¹ Através da Lei n. 8.742/1993.

Privado. Tratam-se de modelos de gestão das políticas Sociais que foram gestados a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), elaborado pelo Ministério de Administração e Reforma do Estado em 1995, o qual demonstraram-se, de forma pioneira, essas novas modalidades de gestão, considerando que uma de suas propostas seria a execução de tais políticas públicas por meio de OS e OSCIP (SILVA e TENÓRIO, 2017). São deste período os principais mecanismos jurídicos para a adoção das novas modalidades de gestão no campo do serviço público, os quais repassam atividades estatais no tocante as políticas sociais através de um contrato de gestão (SILVA e TENÓRIO, 2017).

A Lei Federal no 9.790/1999 prevê que as OSCIPs possam executar projetos, programas, planos de ações correlatas, por meio da doação estatal de recursos físicos, humanos e financeiros, instituindo o termo parceria como um mecanismo que firma a cooperação entre o governo e essas organizações (SILVA e TENÓRIO, 2017).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no intuito de “mapear, dimensionar e qualificar o conjunto de entidades que desenvolvem serviços, programas, projetos e/ou ofertam benefícios socioassistenciais no País” (IBGE, 2018), realizou a Pesquisa de Entidades de Assistência Social Privadas sem Fins Lucrativos - PEAS 2014-2015. Nessa pesquisa, o órgão localizou 17.167 Unidades de Prestação de Serviços Socioassistenciais, distribuídas pelas 27 Unidades da Federação. Estes modelos de gestão são manifestações contundentes do processo de privatização das políticas sociais (SILVA e TENÓRIO, 2017), uma vez que “[...] desconfigura o significado e a amplitude do trabalho técnico realizado pelos assistentes sociais e demais trabalhadores sociais, desloca as relações entre a população, suas formas de representação e a gestão governamental [...] (RAICHELIS, 2009, p. 8).

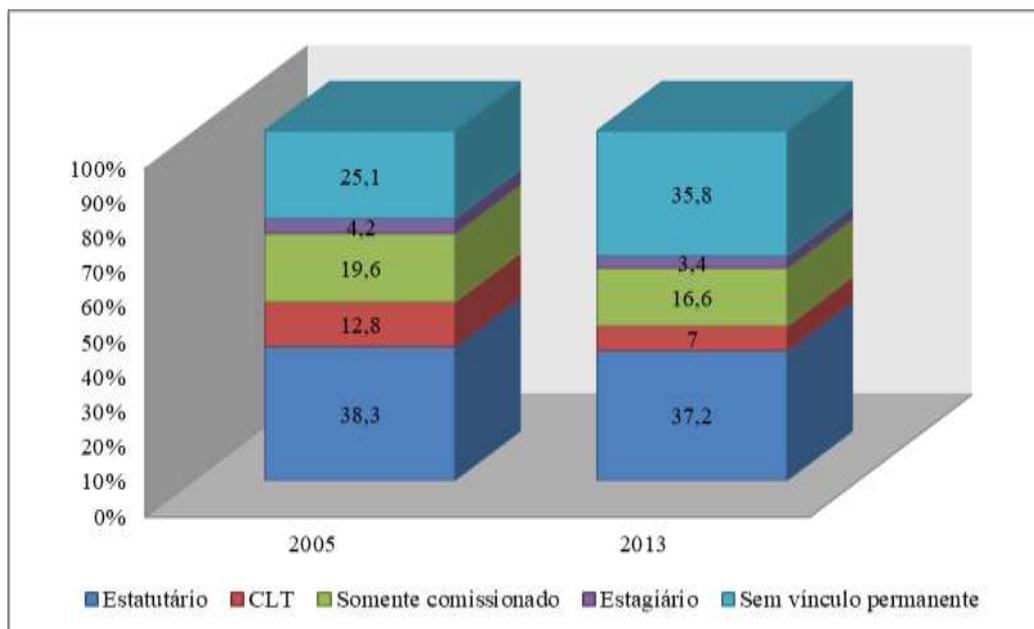
Neste ponto a discussão se volta para a questão do trabalho do serviço social, o qual é alvo da desregulamentação e tem passado por significativas alterações na composição de seu mercado de trabalho, uma vez que Organizações Sociais contratam funcionários sem concursos, contratam e adquirem serviços e bens sem realização de licitações e não estão sujeitas a órgãos de controle.

Por sua vez, a NOB/RH estabelece que para

[...] a implementação do SUAS e para se alcançar os objetivos previstos na PNAS/20004, é necessário tratar a gestão do trabalho como uma questão estratégica. A qualidade dos serviços socioassistenciais disponibilizados à sociedade depende da estruturação do trabalho, da qualificação e valorização dos trabalhadores atuantes no SUAS” (BRASIL, 2006, p.120).

Entretanto, o que se observa é uma crescente precarização do trabalho também nesta área. Entre os anos de 2005 e 2013 a composição do contingente de trabalhadores sofreu alteração, como se observa na Figura 5.

Figura 5 - Pessoal ocupado na assistência social, por vínculo empregatício – 2005 e 2013



Fonte: IBGE (2016).

Ocorreu uma redução do trabalho regulamentado. No ano de 2005 as ocupações protegidas representavam 51,19% e no ano de 2013 elas representam apenas 44,2% do total de atividades. Ou seja, em 2013 as atividades não protegidas representavam 55,8% dos postos de trabalho ocupados entre os trabalhadores da assistência social. Como o total de trabalhadores na área de Assistência em 2013 era de 244 mil servidores (IBGE, 2016), esse contingente somava 136,15 mil trabalhadores. Com a aprovação do projeto de lei que autoriza a terceirização das atividades-fim em todos os setores, referendada pelo Supremo Tribunal Federal em 28 de agosto de 2018, a tendência é de que este quadro venha a gravar-se.

3 CONCLUSÃO

A Constituição de 1988 preconiza uma divisão entre ordem econômica e ordem social. Quanto à ordem econômica o texto estabelece o caráter de subsidiariedade do Estado na prestação direta de atividades econômicas. Entretanto, quanto à ordem social, a Constituição é clara ao responsabilizar o Estado no tratamento da questão social, principalmente na educação e na seguridade social.

No entanto, a privatização dos serviços da área social se apresenta como um processo irreversível e que se fez notar pelo mundo afora até chegar e se estabelecer no Brasil, notadamente a partir do ano 2000. Quanto ao Sistema de Seguridade Social no Brasil, tem-se justificado transferir para o mercado o papel de tornar os serviços de saúde, previdência e assistência social mais eficientes em termos de custo e mais eficazes no conjunto da análise de seu papel. Os problemas da Seguridade Social têm origem no financiamento e na eficiência dos prestadores, o que, na maioria das vezes, justifica argumentos para a desestatização dos mesmos.

Na verdade, o que se observa é a tendência de desresponsabilização do Estado na execução direta de atividades sociais e o repasse destas responsabilidades para o setor privado. Nos últimos 18 anos intensificaram-se os processos de privatização, terceirização dos serviços da Saúde e a subcontratação e precarização das relações laborais na Assistência Social no Brasil, realidade que contraria fortemente o preceito constitucional.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. de F. S. de; ANDREAZZI, M. A. R.; BAPTISTA, L. de S. de; PIMENTA, E. S. Co-pagamento no Sistema Público Brasileiro: anomalia ou tendência. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo-SP: Editora Cortez, nº 105, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura (MEC). **Programa Universidade para Todos**. 2010. Disponível em: <<http://prouniportal.mec.gov.br>>. Acesso em: 20 mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº 13**, de 14 de dezembro de 2015. Dispõe sobre o processo seletivo do Fundo de Financiamento Estudantil – FIES referente ao primeiro semestre de 2016. Brasília-DF: MEC, 2015.

BRASIL. **Constituição Federal**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.html>. Acesso em: 20 dez. 2015.

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica do SUAS**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS NOB-RH/SUAS**. Brasília, 2006.

BRASIL, Secretaria de Políticas de Previdência Complementar (SPPC). **Informe da Previdência Complementar 2014**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, MPAS, Secretaria de Estado de Assistência Social. **Norma Operacional Básica da Assistência Social, Avançando para a construção do Sistema Descentralizado e Participativo de Assistência Social**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <[http://www2.datasus.gov.br / DATASUS/index.php?area=0204](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204)>. Acesso em: jan. 2016.

CARVALHO, M. do C. B. A política de Assistência Social no Brasil: dilemas na conquista da sua legitimidade. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo-SP: Cortez Editora, nº 62, p.144-155, 2000.

COLIN, D. R. A.; FOWLER, M.B. **LOAS - Lei orgânica da Assistência Social anotada**, São Paulo-SP: Veras Editora, 1999. 175 p.

GENTIL, Denise Lobato. Ajuste fiscal, privatização e desmantelamento da proteção social no Brasil: a opção conservadora do governo Dilma Rousseff (2011-2015). **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**. Niterói. v. 46. p. 10-31. 2017.

GONÇALVES, J. J. Gestão nos setores público e privado, In.: MELLO, A. S.; LUCENA, D. de. **Política econômica para as privatizações em Portugal**. Lisboa. Verbo, 1990.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Sinopses estatística**. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>>. Acesso em: 08 jan. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos Municípios Brasileiros** – Assistência Social 2006 e 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/assistencia_social2013/default_tab_xls.shtm>. Acesso em: 11 jan. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de entidades de assistência social privadas sem fins lucrativos – PEAS 2014-2015**. Brasília: 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/outras-estatisticas-economicas/9021-as-entidades-de-assistencia-social-privadas-sem-fins-lucrativos-no-brasil.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 20out. 2018.

OLIVEIRA, M. de; CAMARDELO, A. M.P. **Rede de Assistência Social de Caxias do Sul**. Fundação de Assistência Social (FAS). Caxias do Sul. EDUCS, 2002.

PAIVA, A. B. de; SÁ, E. B. de; BARROS, E.D.; SERVO, L. M.; STIVALI, M.; VIEIRA, R. da S.; PIOLA, S. F. **Políticas Sociais Acompanhamento e Análise Saúde**. Brasília-DF: Ipea, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/140930_bps22.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

RAICHELIS, R. **A esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. São Paulo-SP Cortez Editora, 2000. 304 p.

RAICHELIS, R. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. 1. ed. Brasília, CFESS / ABEPSS, 2009, v. 1, p. 377-392.

RANGEL, L.; ROCHA, R. R.; CAETANO, M. A.R. **Políticas Sociais Acompanhamento e Análise**, nº 23 Brasília-DF: Ipea, 2015. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=25812&Itemid=9>. Acesso em: 10 jan. 2016.

REIS, C. N. dos; PINHEIRO, L. I. F. . Ajuste Macroeconômico e pobreza no Brasil na década de 90. **Análise** (PUCRS), Porto Alegre (RS), v. 13, n.2, p. 225-465, 2003.

SANTOS, B. de S. **O Estado e a sociedade em Portugal (1974-1988)**. Lisboa: Edições Afrontamento, 1990.

SILVA Jediane Freitas da; TENÓRIO, Luciana Dantas. Privatização das políticas sociais na conjuntura neoliberal: os “novos modelos de gestão” e os desafios ao projeto ético-político do serviço social brasileiro. In: PAIVA, Maria Jeanne Gonzaga de et. al., Org(s). **Capitalismo, Trabalho e Política Social**. v. 2. São Paulo: Blucher, 2017. p. 65-84.

SPOSATI, A. de O. Desafios para fazer avançar a política de Assistência Social no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 68. São Paulo: Cortez Editora, 2001. p. 54-83.