

ESTUDO SOBRE A AVALIAÇÃO E A RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE PÚBLICA *VERSUS* SAÚDE PRIVADA

Débora Cristina da Silva¹
Cleide Gessele²

Introdução

A partir dos anos 1990 junto à implantação do SUS ocorreu também a expansão das operadoras de saúde. Por questões estratégicas na lógica de desmonte do Estado as operadoras começam a surgir com maior força, fazendo com que a população fique dividida entre os que podem e os que não podem ter acesso aos serviços da saúde privada.

Porém, verdade o que ocorre é o mix do setor público com o espaço privado, havendo uma troca de responsabilidades, pois o que não se consegue suprir dentro do plano de saúde por conta das coberturas contratuais retorna para o âmbito público para solução da situação. Já que de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2003), a maioria da população

¹ Assistente Social do CREAS do Município de São José, graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – Santa Catarina, Brasil. E-mail: dehboracs@hotmail.com.

² Assistente Social, Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (UFSC), Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Regional de Blumenau (FURB) – Santa Catarina, Brasil. E-mail: cleidege@yahoo.com.br.

utiliza serviços do SUS e outros serviços como os planos de saúde ou de pagamento direto.

Desse modo, o usuário que depende dos serviços de assistência à saúde pública enfrenta diversas dificuldades, além de muitas vezes não conseguir ter acesso a todos os serviços que deveriam estar à disposição da população.

Metodologicamente, a presente pesquisa caracteriza-se como exploratória com o objetivo de entender melhor o contexto em que está situada a pesquisa, através de levantamento bibliográfico, análise documental com documentos próprios (livros, revistas, apostilas explicativas) de uma operadora de saúde de Florianópolis, relatórios de estágio e registros realizados no diário de campo.

A pesquisa exploratória demanda um vasto levantamento de dados, com o intuito de expandir o entendimento de tal fato. Conforme Triviños (1987, p. 109) “os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema”. Pois neste tipo de pesquisa, o pesquisador busca fundamentos necessários para atingir o desfecho ambicionado, além de alcançar os objetivos que foram propostos durante a pesquisa.

Dessa maneira a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da UFSC, conforme comprovante de entrega nº 15710413.4.0000.0121, tendo sido aprovada através do Parecer nº 320.645, inclusive levando em consideração as exigências e os cuidados da Resolução 196/96.

1. Considerações conceituais no estudo sobre avaliação

Para dar início a esse artigo, trazemos algumas considerações sobre concepções e tendências no estudo sobre avaliação.

Assim, é importante ressaltar que etimologicamente, avaliação em sentido lato significa atribuição de valor a algo, estimar, calcular, determinar um mérito, um esforço de apreciar efeitos reais, determinando o que é bom ou ruim (BONADIO, 2003). Podemos ir além, entendendo que a avaliação conforme destaca Bonadio

(2003, p. 83) “está presente no cotidiano é voltada para os ajuizamentos da vida diária e para a tomada de decisões, por isso é chamada de espontânea, de informal ou de assistemática, e faz parte da experiência cotidiana do homem e da ordem privada”.

Bonadio (2003, p. 83), diz ainda que,

Em sentido stricto, as avaliações circunscrevem-se ao campo profissional, são deliberadas, sistemáticas e complexas orientadas pelo método científico e apresentam um caráter público, quando se utilizam métodos e de técnicas de pesquisa social. Portanto, só tem sentido se subsidiam decisões e ações concretas.

Ou seja, as avaliações com sentido stricto precisam ter um recorte, mantendo a pesquisa mais restrita a fim de facilitar o processo de análise e fundamentar quais os objetivos da pesquisa, se o que foi proposto foi alcançado, através da apropriação de fatores que determinam o sucesso ou fracasso do programa que está sendo avaliado.

Desse modo, os principais aspectos da avaliação como fato de ser ação delimitada e dirigida para comprovar, alcançar e adequar informações confiáveis, suficientes e relevantes que embasam um juízo ou valor de um programa (BONADIO, 2003). A autora destaca que através do processo de avaliação é possível comprovar e compreender fatores determinantes como os êxitos, os fracassos, os limites, as possibilidades que servem de embasamento para tomada de decisões racionais a respeito dos programas ou projetos avaliados (BONADIO, 2003).

Compreendendo que o ato de avaliar é um julgamento valorativo, ora não é de forma alguma compatível com posições neutras. Por tanto, avaliar é determinar dados valorativos, sem a possibilidade de concluir a análise de forma neutra. Tendo em vista que quem avalia considera no seu processo de análise, quais os objetivos, as consequências e até o suporte institucional que o serviço (política ou programa) terá. Levando à conclusão se o serviço será de sucesso ou fracasso.

Embora a avaliação seja utilizada em muitas situações para medir graus de diversos tipos, como a eficiência, eficácia e efetividade, Barreira (2000, p. 30) salienta que,

É um desvio conceitual considerar a avaliação apenas como um elemento de controle. O controle implica em uma fiscalização exercida sobre as pessoas ou órgãos responsáveis pela execução de um programa, tendo por objetivo o cumprimento das normas estabelecidas. Em contrapartida, a avaliação se destina ao julgamento dos procedimentos e dos resultados obtidos tendo em vista indicar as mudanças necessárias nos planos e na sua execução.

Por tanto, avaliar é julgar, reconhecer, obter informações, interpretar com o intuito de identificar ou não alterações para se necessário serem realizadas no programa que está sendo avaliado. Identificar quais os possíveis avanços, limites, desafios foram reconhecidos durante o processo de avaliação. A autora menciona ainda que a avaliação em sua perspectiva contemporânea é entendida como concessão de julgamento ou mérito sobre os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade de programas. Porém, esses conceitos são utilizados muitas vezes como se possuíssem o mesmo sentido, quando na verdade possuem significados bastante diversos. E que serão apresentados nos próximos itens.

1.1 Avaliação de eficiência, eficácia e efetividade

A avaliação de políticas, serviços ou programas pode ser utilizada em diferentes aspectos, como propiciar aos sujeitos e vários segmentos a realização da análise e apropriação crítica do que em questão está sendo avaliado. Assim, serão brevemente apresentados a utilização de três conceitos bastante utilizados no processo de avaliação: a eficiência, eficácia e efetividade. De acordo com Barreira (2000, p. 13), a avaliação dos programas “é fundamental para aferir o grau de eficiência, efetividade e eficácia [...]”.

O uso desses conceitos torna-se diferenciado, pois há distinção no momento em que se separam características para serem analisadas, como os objetivos, a finalidade da pesquisa, o resultado esperado, o que foi alcançado, além de distinguirem a metodologia e a estratégia e o procedimento que será utilizado durante a avaliação, conforme podemos visualizar no Quadro a seguir:

Quadro 1 - Distinções entre eficiência, eficácia e efetividade

Eficiência	A avaliação da inter-relação do esforço e do resultado obtido.
Eficácia	A avaliação da inter-relação entre as funcionalidades dos objetivos e o resultado alcançado.
Efetividade	Avaliação dos impactos e do desfecho após a implementação do programa.

Fonte: Elaborado pelas autoras deste artigo, 2013.

1.1.1 A avaliação de eficiência

Defini-se como avaliação da eficiência a análise da junção entre o esforço realizado para a implementação de uma política ou um programa e os resultados obtidos. Esse conceito oportuniza ainda conhecer quais os resultados e os impactos foram vislumbrados diante da população que utiliza o serviço e até analisar se com os recursos financeiros, materiais, humanos mais reduzidos ou mais amplos se modificaria o resultado alcançado. Bonadio (2003, p. 94) diz ainda, “[...] que uma questão de eficiência não é uma simples relação entre recursos financeiros, resultados e impactos. Pode ocorrer um grande investimento financeiro que mal gerenciado, e pulverizado, produza pequenos resultados e não obtenha qualquer impacto”.

Ou seja, o que é despendido para a alocação de recursos, capacitações, se for utilizado de forma inadequada, afetarão a eficiência do serviço, principalmente nas situações que são gastos

grande quantidade de recursos, mas os investimentos e atividades são utilizadas de forma fragmentada, não possibilitando alcançar devidamente o resultado esperado.

A avaliação da eficiência em si não apresenta grandes dificuldades, mas a questão central está na importância dos estudos diante das condições que os serviços são implementados. No Brasil há fatores determinantes que fazem com que muitas vezes os resultados esperados não sejam os mesmos obtidos.

Em primeiro lugar, podemos destacar que a escassez dos recursos exige que os gastos sejam reduzidos. Em segundo lugar, os estudos sobre a avaliação de eficiência são cada vez mais necessários, pois a camada da população que utiliza de políticas, serviços e programas sociais estão ganhando maiores proporções. (BONADIO, 2003).

Arretche (2000) destaca ainda que outro fator importante na aferição da eficiência é a diferença do sentido de eficiência no setor público e no setor privado. No setor público a eficiência está relacionada à integridade e a competência na gestão dos recursos públicos, através de uma política de subsídios. Já no setor privado, a eficiência está vinculada a minimização de gastos, obtendo dessa forma resultados melhores e mensuráveis.

Dessa forma, a avaliação de eficiência pode ser entendida como a análise da melhor forma de fazer algo com os recursos disponíveis (humanos, financeiros, materiais).

1.1.2 A avaliação de eficácia

A avaliação de eficácia é a análise da relação entre os instrumentos utilizados, os objetivos pretendidos e os fins alcançados. Bonadio (2003, p. 96) cita que na avaliação de eficácia “busca-se uma relação entre objetivos e metas propostos àqueles alcançados. Ou, então, entre os instrumentos projetados para a implementação do programa e entre aqueles empregados”.

A partir dessa relação estuda-se toda a processualidade da ação. (BONADIO, 2003). Na tentativa de entender se através do que foi operacionalizado, foi possível chegar aos objetivos pretendidos.

Essa avaliação é uma das mais utilizadas no Brasil, geralmente executada através da pesquisa de campo, porque certamente é a avaliação que não necessita de custos elevados para ser realizada e também por sua metodologia facilitada. Bonadio (2003, p. 97) realiza uma comparação destacando que “se o estudo da eficiência guia-se pelo princípio democrático, o conhecimento da eficácia é dirigido pelo princípio ético [...]”. Pois a eficácia de um programa é determinada por valores como a equidade e a justiça social.

Em menor medida, mas também frequentemente utilizada, essa avaliação pode ser analisada através da relação entre os instrumentos previstos para utilização durante a implementação do serviço e os instrumentos que efetivamente foram utilizados. Ou seja, Arretche (2000) e Bonadio (2003) concordam que, na maioria das vezes essa avaliação é realizada com o intuito de analisar a processualidade concreta juntamente com a adequação e coerência dos instrumentos utilizados durante o funcionamento de determinado programa.

Um componente que pode ser considerado como ponto dificultoso da avaliação de eficácia é conseguir obter a veracidade das informações, pois os objetivos e metas devem estar adequadamente formulados, para que a realidade da avaliação seja a mais próxima possível. Desse modo, se os objetivos e metas foram inadequadamente formulados, a avaliação da eficácia, tende a ter um resultado distorcido.

Assim, para que a avaliação da eficácia de um programa ou política seja fiel, é necessário que as pesquisas de campo sejam capazes de analisar o processo de implantação e de execução do programa em análise. Para que os objetivos e metas formulados adequadamente possam refletir positivamente, salientando resultados e impactos verdadeiros através de indicadores no conceito da eficácia.

Desse modo, eficácia é fazer o que deve ser feito, ou seja, cumprir o objetivo determinado. Nesse sentido, a avaliação de

eficácia é realizada com o intuito de analisar se os objetivos propostos foram alcançados.

1.1.3 A avaliação de efetividade

Segundo Minayo (2009, p. 85), efetividade é a observação da incorporação das mudanças geradas por determinado programa na realidade da população-alvo.

Bonadio (2003, p. 98) diz ainda que, “[...] estudar a relação entre a implementação de um determinado programa e entre seus resultados e graus de impacto de forma a garantir a eficácia das ações implementadas”.

Para Figueiredo & Figueiredo (1986, p. 116) a efetividade é diferenciada em três graus, a *efetividade objetiva* que, “é o critério de aferição da mudança quantitativa entre o antes e o depois da execução do programa”. Ou seja, é avaliar qual o impacto obtido após a implementação e execução de um programa.

A *efetividade subjetiva* é muito utilizada para medir o conceito de Bem-Estar Social. Tornando-se critério de aferição de mudanças psicológicas, culturais e materiais, crenças e valores. Além de aferir qual o resultado da avaliação realizada pela população alvo do programa, se os objetivos do serviço vão de encontro com as solicitações e demandas realizadas. (FIGUEIREDO & FIGUEIREDO, 1986).

A *efetividade substantiva* por sua vez, Figueiredo & Figueiredo (1986, p. 117) destacam que, “o critério de aferição de mudanças qualitativas nas condições sociais de vida da população-alvo”.

Já Bonadio destaca que no estudo da efetividade um dos elementos que devem ser considerados, são os aspectos prévios. São esses aspectos que se relacionam com o programa ou com o projeto que está sendo avaliado, para que se possa comparar os resultados alcançados no processo de implementação do programa. (BONADIO, 2003)

O estudo da avaliação da efetividade deve trazer as respostas que o projeto alcançou, diante da justificativa de implementação, de

forma que se consiga explicitar quais os sujeitos envolvidos, as ações, a relação entre esses pontos e o projeto ou programa em questão, possibilitando que seja observada essa ligação com a efetividade do que está sendo avaliado.

Muitas vezes, é encontrada certa dificuldade ao avaliar a efetividade de um programa, essa dificuldade surge em comprovar o resultado da avaliação. Ou seja, o levantamento entre o que o programa tem como objetivos e quais os resultados alcançados é de possível apreensão. No entanto, mostrar esse resultado alcançado metodologicamente torna-se dificultoso, mesmo que seja referente ao fracasso ou o sucesso do que está sendo avaliado. Arretche (2000, p. 32) diz que,

Nas avaliações de efetividade, a maior dificuldade metodológica não consiste em distinguir produtos de resultados. De fato, a principal dificuldade metodológica consiste precisamente em demonstrar que os resultados encontrados (sejam eles no sentido do sucesso ou do fracasso) estão causalmente relacionados aos produtos oferecidos [...]

Por essa razão a autora afirma que estudos considerados confiáveis sobre efetividade de programas, são difíceis de serem encontrados, podendo dizer que são escassos.

Sendo assim, a avaliação de efetividade é realizada através da aferição da capacidade que o programa mostrou em atender às expectativas da sociedade, os resultados por meio de ações concretas.

2. A relação entre saúde pública e privada e o processo de mercantilização

No Brasil, os serviços privados de assistência à saúde surgem no final da década de 1960, com os planos de assistência médica.

Em razão de divergências entre entidades médicas, as empresas de medicina de grupo ficaram, à época, fora da regulamentação, para estimular seu desenvolvimento. As cooperativas médicas

também continuaram a operar no mercado sem nenhuma regulamentação específica sobre assistência médica. Estavam vinculadas somente à Lei das Cooperativas (Lei n.º 5764/71).

No final dos anos 1960 e início dos anos 1970 se consolidam os seguros de saúde, também nesse mesmo período surge uma proposta de legislação peculiar com o intuito de solucionar problemas contratuais, nos contratos de adesão. Ainda na década de 1970, segundo Simões (2009, p. 122), “a política nacional de saúde passou por tensões políticas em face da necessidade de ampliação dos serviços, recursos financeiros e sua disponibilização, interesses empresariais e emergência do movimento sanitaria³”.

Na década de 1980, na medida em que os profissionais de saúde reivindicavam por melhores condições de trabalho, melhoria da política de saúde, financiamento e para o fortalecimento do setor público e do movimento sanitaria, as discussões sobre o tema foram aumentando, ampliando também os debates sobre sua democratização (SIMÕES, 2009). Esses debates eram realizados para reivindicar a universalização da política de saúde, universalização do acesso aos direitos de todos os cidadãos.

Com a Constituição Federal de 1988 (CF88), a saúde é apresentada como direito de todos e dever do Estado. Sendo assim, é apresentada uma política de saúde que visa à universalidade e a integralidade no atendimento.

Montone (2009, p. 14) diz ainda que,

O SUS surge da necessidade de unificar as ações de saúde fragmentadas na esfera federal, onde os hospitais e serviços de saúde eram subordinados ao Ministério da Previdência e não ao da Saúde e onde estados e municípios não tinham funções claramente definidas.

³ Segundo Fonseca (2002, p. 16), “o movimento sanitário discutia os efeitos perversos do sistema implantado, sobre a saúde da população”. Esse movimento era composto por sindicatos, movimentos sociais, professores, profissionais da saúde e lideranças políticas e tinha como proposta principal implantar um novo modelo – o SUS, visando à universalização e integralidade no acesso aos serviços e no atendimento.

Entretanto, o texto final da Constituição de 1988, permitiu a recomposição do setor privado. Isto pode ser observado pelas alterações promovidas em dois artigos do anteprojeto apresentado pela comissão. No artigo 230, onde a atribuição exclusiva do Estado nas ações de assistência à saúde é substituída pela possibilidade de ação da iniciativa privada, via contratos e convênios. E também no artigo 231, na inclusão apenas dos serviços públicos no Sistema Único de Saúde, “excluindo assim o perigo de se considerarem os serviços privados como concessionários” (Cohn, 1989 apud Pereira, 1996).

Nos anos de 1990, mesmo com a promulgação da Lei nº 8.080/1990, segundo Simões (2009, p. 124), “[...] iniciou-se um processo de desmonte das políticas públicas de saúde e de minimização do Estado, transferindo suas responsabilidades para a sociedade civil [...]”.

Frente a isso, a privatização das políticas públicas no Brasil começa a ganhar espaço, quando as empresas do governo responsáveis pelos serviços transferem sua responsabilidade para o setor privado. Com as reformas neoliberais a partir da década de 1990 é legitimado o processo de privatização e como consequência, a constituição do cidadão consumidor. Como evidencia o inciso 1º do artigo 199 da CF de 1988 que menciona que, “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde [...]”.

Dessa forma a privatização na saúde não surge apenas por conta da falta de atenção médico-hospitalar, mas sim por conta da transferência de poder do Estado ao setor privado. O Estado exime-se da responsabilidade de fazer com que a política funcione privatizando um serviço que toda a população tem o direito de utilizar.

A partir dos anos 1990 junto à implantação do SUS ocorreu também a expansão das operadoras de saúde. Por questões estratégicas na lógica de desmonte do Estado as operadoras começam a surgir com maior força, fazendo com que a população fique dividida entre os que podem e os que não podem ter acesso aos serviços da saúde privada.

Segundo Camargo (2003, p. 16) o setor privado é dividido em três segmentos: o segmento não lucrativo, o segmento lucrativo complementar e o segmento lucrativo assistencial.

De acordo com Camargo (2003), o *segmento não lucrativo* são instituições chamadas de filantrópicas, sendo obrigadas a disponibilizar uma parcela da quantidade de leitos para os usuários do SUS serem atendidos. Já o *segmento lucrativo complementar* são os setores de assistência médica e seguradoras de planos de saúde privados. E por último, o *segmento lucrativo assistencial*, criado na década de 1960, são convênios realizados com empresas vinculadas a Previdência Social, pois através de acordos a Previdência Social deixava de prestar assistência médica, deixando essa responsabilidade para a própria empresa e sendo restituído a empresa o valor de um salário mínimo. (CAMARGO, 2003).

Uma diferença que pode ser ressaltada entre os espaços público e privado, é que todos os cidadãos têm o direito a ter assistência à saúde pelo SUS, mas parte da população possui um serviço contratado junto ao setor da saúde privada. Além de muitas vezes a própria gestão do SUS nos municípios do Brasil indicar o setor privado como complementar a saúde pública para a realização de procedimentos, exames. Outra diferença que pode ser apontada é a de que o SUS é um sistema único no setor público, não ocorrendo isto no setor privado, pois existe uma grande concorrência por parte dos planos e operadoras de saúde no mercado. Além de que nas operadoras de saúde o público que recebe assistência à saúde são apenas os usuários que são seus clientes e que de alguma forma pagam para utilizar os serviços.

Frente a esta realidade, podemos observar que com a expansão das operadoras de saúde é criada pelo Ministério da Saúde a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é a agência reguladora dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Legitimada pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 que define as relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários. Desse modo, Lima e Lima (2003, p. 15) destacam que,

A Lei Federal nº 9656/98 estabelece normas específicas aplicáveis ao sistema de saúde suplementar, direitos dos consumidores e

deveres dos fornecedores, estabelecendo parâmetros mínimos de atendimento, tendo por objeto o “plano privado de assistência à saúde”, definido com a prestação continuada de serviços de cobertura de custos assistenciais a preços pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e pagamento direto ao prestador.

De acordo com a Lei nº 9.656/98, operadora é toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, que atenda os usuários com serviços próprios ou de terceiros. (LIMA, 2005).

Lima (2005, p. 53), destaca que, “antes da regulamentação o produto tem livre definição de cobertura, seleção de risco, livre exclusão de usuários e rompimento de contratos, livre definição de carências e livre reajuste de preços”. Com a regulamentação em vigor passa a ser obrigatória a assistência integral à saúde, proibida a seleção de risco e a rescisão de apenas uma das partes do contrato, além de haver um controle nas limitações das carências e reajustes de preços.

Porém, com todo o aparato que a saúde suplementar tem hoje, às vezes ela não consegue suprir as necessidades ou não tem suporte suficiente para atender aos usuários e repassa essa responsabilidade para o Sistema Único de Saúde novamente e então essa relação de dependência ocorre do privado para o público também.

Novamente é o mix entre o Estado, espaço público e o privado, pois mesmo o beneficiário pagando para ter seu plano de saúde, muitas vezes ele não possui cobertura para suas necessidades, como realização de exames ou procedimentos que não se encontram no ROL⁴ da ANS. Por não ter direito através da saúde privada, o cidadão que é sujeito de direitos, então recorre ao SUS. Outro ponto que é comum de ocorrer é uma forma de parceria mútua, a dependência um do outro para que os serviços funcionem efetivamente. Um exemplo que pode ser citado é quando as

⁴ Lista de procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde regulamentados.

operadoras de saúde utilizam do espaço público para realizarem seus atendimentos por meio de um convênio com o Estado. Anjos (2002, p. 22) confirma a ideia, mencionando que:

[...] a relação entre o setor público e o setor privado de saúde remete-se à troca de favores, principalmente no que diz respeito à atenção terciária à saúde: o setor público e/ou privado de prestação de serviços (hospitais, laboratórios e clínicas) abre seu espaço para os clientes que possuem planos de saúde privados através de convênios por inexistência de espaço próprio.

No entanto, quando o usuário busca um atendimento em ambos os setores, tanto público quanto privado, os resultados acabam sendo semelhantes por conta das restrições que existem em ambos. No âmbito estatal, os usuários enfrentam morosidade no atendimento, filas de espera intermináveis, falta de recursos para compra de medicamentos e equipamentos, estrutura física precária. No âmbito privado, a relação é transformada em cliente *versus* instituição, que paga pelo atendimento que está sendo solicitado, mas também com restrições, devido as coberturas contratuais.

Desse modo, o usuário que depende dos serviços de assistência à saúde pública enfrenta diversas dificuldades como já mencionadas anteriormente, além de muitas vezes não conseguir ter acesso a todos os serviços que deveriam estar à disposição da população. Mas na assistência à saúde suplementar também há seus obstáculos, pois o paciente paga valores elevados, já que o valor que é pago para que o beneficiário tenha um plano, influencia em alguns quesitos referentes a coberturas (com ou sem coparticipações⁵), acomodação em apartamento ou enfermaria (individual ou coletiva), abrangência de atendimento (regional, estadual e nacional). Pois quanto mais completo for um plano, com melhor acomodação, maior abrangência, mais caro ele será.

⁵ A coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo usuário diretamente à contratada, após a realização de consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais. (OPERADORA DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2009, p. 13).

A relação de dependência existente entre o SUS e a saúde suplementar é bastante forte, conforme descreve Montone (2009, p. 27),

[...] a produção de serviços de saúde é majoritariamente privada, principalmente nos procedimentos hospitalares e de média e alta complexidade, ou seja, para atender gratuitamente o cidadão, o SUS tem serviços próprios, mas também contrata serviços privados.

Isto é, o usuário pode utilizar um hospital público para que os devidos procedimentos possam ser realizados, mas também pode utilizar de um hospital privado pago pelo SUS. Como o autor coloca acima, são os casos principalmente dos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade⁶, mas não apenas para a realização desses procedimentos, serviços ambulatoriais, de imagem também são muitas vezes pagos pelo SUS para serem realizados no âmbito privado.

Isso ocorre por diversos motivos, falta de equipamentos, de pessoal etc.

Além dessa relação de dependência, há também a dependência contrária, a da saúde suplementar necessitando utilizar dos serviços prestados pelo SUS. Um exemplo que Montone (2009) destaca em seu livro é quando o paciente, beneficiário de um plano de saúde, tem que realizar sessões de hemodiálise todas as semanas até conseguir um transplante. Seu médico que também realiza atendimentos no SUS o encaminha para uma clínica privada para que o tratamento seja realizado, esta clínica é conveniada com o SUS já que o plano de saúde não cobre o tratamento, e o

⁶ A média complexidade visa atender aos principais apelos da população, ou seja, são serviços vindos das demandas que necessitam de suporte através de profissionais especializados e recursos tecnológicos. Exemplo: atenção à saúde mental, cirurgias ambulatoriais, exames de laboratório clínico, ultrassonografias, órteses, próteses e materiais especiais, fisioterapia, endoscopia e radiologia. A alta complexidade é identificada por serviços de alta tecnologia e alto custo. Exemplo: hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, cateterismo cardíaco, medicina nuclear, ressonância magnética, radiologia intervencionista, tomografia computadorizada, atenção à saúde auditiva, busca de órgãos e acompanhamento a transplantados.

acompanhamento é iniciado com o atendimento daquele mesmo médico que já lhe atendia pelo plano de saúde.

A seguir, no Quadro 2 é possível perceber a relação existente entre o setor público e o setor privado, sendo apontadas através das suas diferenças, os conflitos, os princípios e as tendências entre ambos.

Quadro 2 – Conflitos, Princípios e Tendências

Conflitos	Princípios	Tendências
Público x Privado	Complementaridade	Público – Regulamentação (a Saúde é um bem social de relevância pública e um direito de cidadania) Privado – Atividade econômica (Regulação pelo mercado)
Individual x Coletiva	Integralidade	Público – Saúde coletiva Privado – Saúde individual
Prevenção/ Promoção x Cura	Intersetorialidade	Público – Políticas de integração com outros setores da administração. Privado – Concentração no atendimento médico-hospitalar, Hiper-especialização médica, incorporação de novas tecnologias.
Acesso restrito x Amplio	Universalidade / gratuidade	Público – Restrição pelo volume da demanda, qualidade, condições de trabalho, rede. Privado – Restrição pelo custo

Fonte: Elaborado pelas autoras deste artigo, 2013.

Dessa forma a assistência à saúde sofre transformações aceleradas, tanto no âmbito público como no âmbito privado, e a sociedade como destaca Montone (2009, p. 17) “se organiza de maneira cada vez mais competente, para organizar suas demandas, exigir seus direitos e controlar os resultados”.

Os beneficiários estão mais exigentes, cientes de seus direitos, se organizando em busca de bons resultados, já que no espaço privado há o pagamento direto aos planos de saúde e ainda além de pagarem seus impostos precisam pagar também para utilizar os serviços de saúde que deveriam ser direito de todos.

Sendo assim, aqueles que pagam para ter acesso aos serviços privados fazem gerar lucro as empresas, já os usuários que dependem do SUS dependem de um sistema que tem como princípio ser universal, mas acaba sendo excludente e focalizado.

Para Behring (2003, p. 251) “[...] a focalização assegura acessos pobres apenas aos comprovada e extremamente pobres”. As ações se tornam mais focalistas e menos universalistas no SUS. Desse modo, nem todos que necessitam conseguem fazer com que suas necessidades sejam atendidas no espaço público devido a essa quebra de direito e substituição de serviços que deveriam ser gratuitos, por serviços pagos.

Ou seja, as políticas sociais deixam de ser redistributivas e transformam-se em serviços limitados, abrindo espaço para a focalização, a privatização e a descentralização do Estado. Segundo Behring, (2003, p. 251), “[...] a privatização no campo das políticas sociais públicas compõe também aquele movimento de transferências patrimoniais [...]” e a saúde sendo uma política pública tem seus serviços transferidos para a privatização, transferindo a responsabilidade do Estado, a quem detém o poder através do capital. Dessa forma, tanto no espaço público quanto no espaço privado outro desafio a ser enfrentado atualmente está relacionado à eficácia dos serviços de saúde, em que os serviços funcionem de acordo com as leis, diretrizes e normas dessa política em questão.

Considerações finais

Os resultados deste estudo apontam para uma realidade que, determinada por processos históricos, políticos, econômicos e sociais e engendrada em um movimento contraditório, é ocultada e revelada face às relações sociais, a produção e reprodução da vida social.

Como podemos perceber através deste artigo, no Brasil a atenção à saúde, é realizada através de um sistema misto: o público, de acesso universal, e o denominado sistema de saúde suplementar, privado. O sistema público envolve prestadores públicos e privados conveniados.

Parte expressiva dos prestadores privados atendem simultaneamente ao sistema público e ao sistema privado. Os estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, podem ainda ser remunerados por desembolso direto dos pacientes. Para 76% da população (IBGE, PNAD 1998 - Acesso e Utilização de Serviços de Saúde), o atendimento é realizado exclusivamente pelo sistema público. Também parte significativa da população coberta pelo sistema suplementar utiliza a rede pública, algumas vezes, para procedimentos menos acessíveis, de maior complexidade ou de maior custo.

Ou seja, mais uma vez os serviços de saúde estão sendo terceirizados, pois o Estado acaba pagando para realizar alguns procedimentos em prestadores particulares. Na própria rede privada isso também acontece, as operadoras de saúde muitas vezes por não ter um hospital próprio, grande parte de seus atendimentos e internações acabam sendo realizados na rede credenciada.

É exatamente a partir das deficiências do SUS que surgiram propostas de Saúde Suplementar com a promessa de ampliar a cobertura para a população, com objetivo de dar atendimento de qualidade e remuneração digna para os prestadores. Porém, se no SUS o intermediário é o Estado, sem fins lucrativos e sujeito ao controle social, na saúde suplementar a intermediação é das operadoras ou seguradoras de saúde, com fins lucrativos, sujeitando pacientes e profissionais às leis de mercado.

Observa-se assim que o Estado procura manter a saúde suplementar como importante participante do sistema de saúde. Passam assim os planos de saúde no Brasil a desempenhar o papel de “desafogar” o atendimento público e universal do SUS (universalidade excludente).

Sendo assim, podemos observar uma lacuna teórica e prática em relação ao processo de avaliação do mix “saúde pública *versus* saúde privada”.

Frente a essa situação, deixamos uma questão a ser respondida nos próximos estudos. “Como pensar a avaliação dos serviços ofertados pelo mix saúde pública *versus* saúde privada, na perspectiva de eficiência, eficácia e efetividade na conjuntura atual?”

Referências

ANJOS, Elisandra dos. **A humanização e a qualidade no atendimento hospitalar através da ótica da parceria:** uma proposta à Unimed Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

ARRETCHE, Marta T. S. **Tendências no estudo sobre avaliação.** In: RICO, Elizabete Melo (org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. 3ª ed. São Paulo: Cortez/IEE, 2001.

BARREIRA, Maria Cecília R. N. **Avaliação participativa de programas sociais.** São Paulo: Veras Editora; Lisboa: CIPHTS, 2000.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BONADIO, Valderês Maria Romera. **A proposta de avaliação da política municipal de assistência social na região administrativa de presidente prudente/SP.** 2003. 230 f. Dissertação (Programa de Mestrado em Política Social e Serviço Social) - Curso de Serviço Social, Universidade Estadual de Londrina - Uel, Londrina -pr, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Senado Federal, 2008.

CAMARGO, Selaide Rowe. **O serviço social a Unimed e seu cliente:** caminhos e resoluções dadas pelo gestor Unimed aos questionamentos apresentados pelos clientes hospitalizados. (Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. **Avaliação política e avaliação de políticas:** um quadro de referência teórica. Belo Horizonte: Anál. & Conj. p. 107-127, set./dez. 1986.

FONSECA, Poty Colaço. **O serviço social e a humanização do atendimento ao cliente hospitalizado:** uma proposta para a Unimed Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

LIMA, Carlos Rogério Montenegro; LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro. **A regulação e a fiscalização do consumo de saúde suplementar no Brasil.** In: Fórum Nacional de Saúde Suplementar, 2003, Brasília. Anais, 2003.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de. **Informação e regulação da assistência suplementar à saúde**. 1ª edição Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais, 2005. 110 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças**. In: Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 33, suppl. 1, p.83-91, 2009.

MONTONE. Janeiro. **Planos de saúde – passado e futuro**. Medbook, 2009. 224 p.

PEREIRA, Carlos (1996) **A Política Pública como Caixa de Pandora**: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira - 1985- 1989.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. Biblioteca básica de serviço social, 3 ed. rev. e atual. v. 3 São Paulo: Cortez, 2009. 560 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS. Disponível em: WWW.unimedflorianopolis.com.br Acesso em 09 de junho de 2013.

Recebido em 20/09/2013 e
aceito em 07/03/2014.

Resumo: *Este artigo propõe-se a apresentar a relação entre a saúde pública e privada. O artigo também busca apresentar a avaliação vista de três conceitos, eficiência, eficácia e efetividade. Tendo em vista a experiência vivida durante o estágio curricular, na graduação, no período de um ano e meio em uma operadora de saúde em Florianópolis. Metodologicamente, a pesquisa se caracterizou como exploratória, através de levantamento bibliográfico, análise documental com documentos próprios do departamento em que o programa está inserido na operadora de saúde e relatórios de estágio. Com o intuito de compreender o papel do assistente social que atua no âmbito privado, os obstáculos que os profissionais e usuários/clientes tendem a encarar. E o processo de mercantilização da saúde que ocorre no país. Abrindo uma lacuna para ser avaliado esses conceitos nos dois âmbitos da saúde: público e privado.*

Palavras-chave: *Saúde Pública; Saúde Privada; Avaliação.*

Title: *A study reviewed the relationship between public health versus private health*

Abstract: *This article aims to present the relationship between the public and private health. The article also aims to present the views reviewed three concepts, efficiency, efficacy and effectiveness. Given the experience during the traineeship, graduation, within a year and a half in a health carrier in Florianópolis. Methodologically, the study was regarded as exploratory, through a literature review, document analysis with the department's own documents on which the program is housed in the health carrier and placement reports. In order to understand the role of the social worker who works in the private sector, the obstacles that professionals and users/clients tend to face. And the process of commercialization of health that occurs in the country. Opening a gap for reviews these concepts in both areas of health: public and private.*

Keywords: *Public Health; Private Health; Evaluation.*
