



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

JÚLIA AMORIM SANTOS

**O SUS E A CONTRA-REFORMA DO ESTADO A PARTIR DE 1990:
A AMPLIAÇÃO DO PROCESSO DE PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE
PÚBLICA NO BRASIL**

CAMPINAS

2016

JÚLIA AMORIM SANTOS

**O SUS E A CONTRA-REFORMA DO ESTADO A PARTIR DE 1990:
A AMPLIAÇÃO DO PROCESSO DE PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE
PÚBLICA NO BRASIL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de mestrado em Saúde Coletiva, na área de Concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADOR: GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELA ALUNA JÚLIA
AMORIM SANTOS E ORIENTADA
PELO PROF. DR. GUSTAVO
TENÓRIO CUNHA.

CAMPINAS

2016

Ficha catalográfica Universidade Estadual de
Campinas Biblioteca da Faculdade de
Ciências Médicas Maristella Soares dos
Santos - CRB 8/8402

Santos, Júlia Amorim, 1984-
Sa59s O SUS e a contra-reforma do Estado a partir de 1990 : a ampliação do
processo de privatização da saúde pública no Brasil / Julia Amorim Santos. –
Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Gustavo Tenório Cunha.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Privatização. 3. Modernização do setor
público. I. Cunha, Gustavo Tenório. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: SUS and de "modern" reform program of the state since the
1990's : the expansion os the privatization in the brazilian public health care

Palavras-chave em inglês:

Public health policy

Privatization

Modernization of the public sector

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gustavo Tenório Cunga

Gastão Wagner de Souza Campos

Aquilas Nogueira Mendes

Data de defesa: 09-11-2016

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

JÚLIA AMORIM SANTOS

ORIENTADOR: GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

MEMBROS:

1. PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

2. PROF. DR GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

3. PROF. DR. AQUILAS NOGUEIRA MENDES

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na área de concentração Política Planejamento e Gestão, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica da aluna.

Data: 09/11/2016

Os homens fazem a sua própria história; contudo, não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles quem escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas assim como se encontram.

Não é do passado, mas unicamente do futuro, que a revolução social do século XIX pode colher a sua poesia. Ela não pode começar a dedicar-se a si mesma antes de ter despido toda a superstição que a prende ao passado. As revoluções anteriores tiveram de recorrer a memórias históricas para se insensibilizar em relação ao seu próprio conteúdo. A revolução do século XIX precisa deixar que os mortos enterrem os seus mortos para chegar ao seu próprio conteúdo.

Karl Marx – 18 de Brumário de Luiz Bonaparte

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível por terem sido compartilhadas inquietações e reflexões em diferentes espaços e de diferentes formas. É difícil especificar as contribuições que levaram a essa produção e ao meu percurso de escrita. Muitos agradecimentos são necessários e, por certo, muitos que contribuíram não serão citados de maneira direta, mas, em hipótese alguma, é um desmerecimento das trocas realizadas. Apenas não seria possível traçar em palavras todos que cruzaram este caminho...

Não posso deixar de agradecer, entretanto, aos trabalhadores do SUS de maneira geral, à aqueles que estiveram comigo desde as primeiras experiências na graduação e residência multiprofissional, aos trabalhadores que compartilharam o cotidiano dos serviços em que atuei, e aqueles que estiveram comigo em cursos de Educação Permanente. Trocas essas que me levaram a repensar os processos de trabalho, seus aspectos teóricos, os limites e as possibilidades.

Agradeço ao Prof. Gustavo Tenório Cunha, meu orientador, por permitir que eu trilhasse caminhos desconhecidos, sustentando a minha busca e as idas e vindas num novo campo de conhecimento.

Agradeço aos que compartilharam comigo o ambiente acadêmico e o espaço da Unicamp. Desde os funcionários e pessoal do administrativo, com quem compartilhei vários cafés na copa, como os docentes e discentes que estiveram comigo nesse período. Gostaria de agradecer especialmente ao Prof. Gastão Wagner de Sousa Campos e os participantes do Grupo de Pesquisa Paideia que me mantiveram próxima da rede de assistência à saúde e de seus trabalhadores, com discussões sobre o cotidiano dos serviços e os processos de trabalho em saúde. Ao Prof. Demerval Saviani, pela disciplina optativa, com quem tive pela primeira vez, de maneira sistemática, um contato com os textos de Marx e Engels e o referencial do materialismo dialético. Ao Prof. Lalo Minto que, com conversas e trocas de seu trabalho de mestrado, me apresentou a “Reforma do Estado” e sua análise crítica. Ao Prof. Nelson Rodrigues dos Santos que, com suas aulas e textos, geraram em mim grande inspiração e embasamento para a análise do SUS no contexto atual. E ao Prof. Plínio de Arruda Sampaio Jr. que, com sua serenidade, incrível didática e convicção, me guiou nas reflexões sobre as especificidades do Brasil e a discussão da crise do capitalismo contemporâneo,

despertando inquietações e contribuindo diretamente para que eu olhasse para a totalidade dos processos sociais.

À Capes, agência de fomento da bolsa de mestrado.

Agradeço aos colegas e ao Prof. Aquilas Mendes, pela leitura ainda em andamento e discussão do O Capital.

Agradeço aos membros da banca de qualificação Prof. Gastão Wagner de Sousa Campos, Prof. Aquilas Mendes e Prof. Nelson Rodrigues dos Santos, que me apresentaram conceitos, indicaram textos, apontaram incongruências e me ajudaram a estruturar a análise aqui apresentada. Agradeço aos membros da banca de defesa Prof. Gastão Wagner de Sousa Campos, Prof. Aquilas Mendes e Prof. Plínio de Arruda Sampaio Jr. Que, nesse momento final, contribuíram para o fechamento deste trabalho.

Agradeço aos companheiros de atividade militante que compartilharam diversos espaços. Agradeço desde aqueles que se tornaram parceiros nesta caminhada, compartilhando ideias e ideais, como aqueles que explicitaram, mesmo que de maneira desconstrutiva e divergente, as práticas que não quero estabelecer. Deixo meu especial agradecimento aos companheiros com quem comecei a minha caminhada: Centro Acadêmico da Psicologia, ao GEQA (Grupo de Estudos da Questão Agrária) e companheiros da Regional de Ribeirão Preto do MST. Aos companheiros da ocupação Helenira Rezende, em Americana, que além da experiência tão intensa e formativa, me apresentaram pela primeira vez inquietações sobre o Projeto Democrático Popular. Aos companheiros do Coletivo de Trabalhadores Cândido Ferreira, com quem participei das minhas primeiras experiências de greve; aos companheiros do Fórum Popular de Saúde e da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Aos amigos que me acompanham nessa trajetória com “fadas barrigudas”, à Tania Duque, Cris Marçal, Lilian Terra, Mônica Oliveira, Mari Paes, Laura Alberti, Carol Flor, Carol Catini, Telma Cristina, Rodrigo Lima, Dani Busatto, Bruno Ribeiro. Especial agradecimento ao Francisco Mogadouro, Debora Baraldi, Katia Amorim e Felipe Belém que, além de pessoas queridas, me ajudaram a fechar a escrita com a leitura do texto qualificação. Muito obrigada a Katia Amorim, Débora Baraldi, Lilian Terra, e Laura Alberti que contribuíram com a leitura de partes do texto final da dissertação.

Ao meu companheiro de morada e de vida, Fernando, pelo suporte, pelo carinho e pelo amor que transborda, pela paciência de estar ao meu lado neste meu percurso solitário da escrita. Aos meus enteados, Nyanne e Cauê, que me fortalecem e me ensinam cotidianamente, semanalmente me ajudam a ir na natação nos momentos que parece que não haveria mais tempo para me cuidar, e que fazem os finais de semana e férias serem momentos de alegria e lazer.

À minha mãe, Katia, que me acompanha cotidianamente mesmo que distante. Ela que me inspira, que me surpreende mesmo quando acredito que já a conheço suficientemente para prever os percursos, ela que tanto admiro e que me deu suporte incondicional na escrita e nesta descoberta teórica. Ao meu irmão, Olavo, que mesmo distante do campo teórico que estudo, estava presente, compartilhando inclusive cursos de universidades estadunidenses sobre a importância das PPP (Public-Private Partnerships), para ampliar a minha argumentação. Ao meu pai, Carlos, que quando criança tanto me ensinou e me inspirou a seguir pelos caminhos que hoje estou. Aos meus avós, primos e tios pelas conversas, apoio e acolhimento.

À irmã Débora Baraldi que, desde o início do mestrado, compartilhou cotidianamente as dificuldades e as delícias da vida acadêmica, que me acalmou e me “empurrou para a escrita”, compartilhou cafés, cervejas, viagens, sambas e sonhos coletivos, além da ajuda fundamental na reta final da dissertação. À família que escolhemos ter: Aline Moura, Nanda Rebolças, Flávio Borges, Raqueli Flumian, Lucas Bronzato, Luciana Palhares, Janaina Rezende e Mariana Afonso, relações essas que possibilitam trocas tão profundas e necessárias.

Agradeço à família Martins e à família Gomes que me acolheram em Campinas, que me recebem nas festas juninas, nos almoços e jantares de domingo, que me hospedam quando o Fernando viaja e não quero dormir só, pelos quais criei amor e intimidade tão grande que possibilita dormir no sofá após as refeições.

RESUMO

Discute-se os avanços e desafios da saúde pública no Brasil e diversos trabalhos que afirmam que o país foi pego a meio caminho na sua tentativa tardia de constituir o Estado Social, atropelado pelo ajuste de liberalização do mercado a nível mundial. Dentre os desafios, a questão da privatização da saúde é fortemente pautada, sendo discutido como foi sendo implementado o SUS de forma contraditória como política pública de saúde inscrita na perspectiva de caráter universal paralelamente a um subsídio direto e indireto do setor privado da saúde. Com esse panorama, este trabalho visa compreender, a partir de uma revisão crítica da literatura, como a comunidade acadêmica aborda esta relação do público e do privado e o processo de privatização da saúde no país. Parte-se da perspectiva de que o programa de reforma, instituído a partir década de 1990, correspondeu a uma contra-reforma do Estado brasileiro, havendo um redirecionamento das conquistas estabelecidas na Constituição de 1988. Para pensar como este movimento de contra-reforma vem se configurando na saúde, tratou-se de aspectos do financiamento das políticas de saúde, da provisão de serviços e da transferência da gestão à órbita do setor privado, através do que é denominado genericamente dos “novos modelos de gestão”. Reforça-se a importância de um conhecimento histórico para compreender elementos da implementação do SUS instituído paralelo às reformas neoliberais, além do aprofundamento da leitura da singularidade do país, adotando-se aqui o referencial do capitalismo dependente de Florestan Fernandes. A intensa relação entre o setor público e privado, e uma dualidade de sistemas de saúde com a focalização de uma política que se propõe a ser universal, parecem traduzir a particularidade do desenvolvimento do capitalismo no país, em sua forma limitada, restrita historicamente e incapaz, por isso, de gerar as mínimas conquistas sociais comprometidas com a população. Fica claro o limite de se pensar na superação da segmentação e privatização do SUS sem articular o mesmo a um projeto de transformação social baseada na perspectiva de classe, como era pensado nas décadas de 1970 e 1980.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Privatização; modernização do setor público.

ABSTRACT

Nowadays there is a debate about the progresses and challenges of public health care in Brazil. Related to this, many papers state that the country was caught halfway in its late attempt to constitute a Social State, which has been run over by the country economic adjustment to the international liberalization of the world market. Among the country challenges, the issue of health privatization came up, and it has been largely discussed how the public health system was implemented in a contradictory way as a public health policy inscribed as universal perspective, in parallel to a direct or indirect subsidy to the private health sector. Thus, this study aims to understand through a bibliographic review, how the academic community addresses the public and private relationship, and how it discusses the privatization process of the health sector in the country. This work is based on a perspective that the “modern” reform program, instituted since the 1990s, corresponded to a counter-reform of the Brazilian State, with a redirection of the achievements established in the 1988 Constitution. To understand how this counter-reform got reflected on the health policies, it was investigate aspects about the financing of public health system, the provision of services and the transference of public services management to the orbit of the private sector, through what is generically called as "new management models". As a result, this study step up the importance of working on historical knowledge to understand the public health care, and some of the elements related to the public health care services implemented in parallel due to the neoliberal reforms. Besides, it seeks for the need of deepen the knowledge through studies that focus on the singularity of the country, thus adopting as a theoretical background Florestan Fernandes' capitalism dependent concept. The intense relationship between the public and private sectors with a duality of the health systems with a policy which supposedly aims to be universal, seems to reflect the peculiarity of the development of the capitalism in the country, in its limited form, historically restricted and incapable, therefore, to generate the minimum social achievements committed to the population. It thus gets clear the limit to overcome the public health system segmentation and its privatization without articulating a project of social transformation based on the perspective of class as it was thought in the decades of 1970 and 1980.

Keywords: Public Health Policies; Privatization; modernization of the public sector

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADIN - Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIDS – em inglês: Acquired Immunodeficiency Syndrome
ALCA - Área de Livre Comércio das Américas
ANA – Agência Nacional de Águas
ANAC - Agência Nacional de Aviação Civil
ANATEL - Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP - Agência Nacional de Petróleo
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANTAQ - Agência Nacional de Transporte Aquático
ANTT - Agência Nacional de Transportes Terrestres
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNDES - Banco Nacional do Desenvolvimento
BPC - Benefício da Prestação Continuada
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEF – Caixa Econômica Federal
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CGU – Controladoria Geral da União
CHS – Conjunto Hospitalar de Sorocaba
CLS - Consolidação das Leis Sociais
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNDSS - Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONFEZ – Conselho Nacional de Fazenda
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Fiscal
CSS - Contribuição Social para a Saúde CUT
- Central Única dos Trabalhadores DASA –
em inglês: Diagnostics of Americas DST –
Doenças Sexualmente Transmissíveis DRU -
Desvinculação de Receitas da União
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC – Emenda Constitucional
FEDP - Fundações Estatais de Direito Privado
FEF - Fundo de Estabilização Fiscal
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
FSE - Fundo Social de Emergência
GATTI – em inglês: General Agreement on Tariffs and Trade
HU - Hospital Universitário
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFC - International Finance Corporation
IIER – Instituto de Infectologia Emílio Ribas

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRPF – Restituição do Imposto de Renda de Pessoa Física
IRPJ - Restituição do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE - Ministério da Administração e da Reforma do Estado
MERCOSUL - Mercado Comum do Sul
MOPS - Movimento Popular de Saúde
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MPF – Ministério Público Federal
MS – Ministério da Saúde
MST - Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
NAFTA – em ingles: North American Free Trade Agreement
NOB – Norma Operacional Básica
OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMC - Organização Mundial do Comércio
ONU – Organização das Nações Unidas
OS - Organizações Sociais
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAI – Programa de Ação Imediata
PBF - Programa Bolsa Família
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PDRE - Plano Diretor da Reforma do Estado
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PIB – Produto Interno Bruto
PLP – Projeto de Lei Complementar
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROUNI - Programa Universidade Para Todos
PSF - Programa de Saúde da Família
PT - Partido dos Trabalhadores
RCB – Receita Corrente Bruta
RCL - Receita Corrente Líquida
REME - Movimento de Renovação Médica
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SADT - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMS - Sistema de Assistência Médica Supletiva
SBPC - Sociedade Brasileira para Progresso da Ciência
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SELIC - Sistema Especial de Liquidação e de Custódia
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SEST - Secretaria Especial de Controle das Empresas Estatais
SIAFE – Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados
SIB – Sistema de Informação de Beneficiários
SRF – Secretaria da Receita Federal do Brasil
STN – Secretaria do Tesouro Nacional
SUS – Sistema Único de Saúde
TCESP - Tribunal de Contas do Estado de São Paulo
TCM – Tribunal de Contas do Município

UNE - União Nacional dos Estudantes
UPA - Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Arrecadação tributária da União e dos Estados, em porcentagem do PIB.....	64
Gráfico 2 - Envolvimento das despesas com ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde e dos Juros da Dívida, ambos na proporção do PIB, em %, 1995/2010.....	79
Gráfico 3 - Evolução da participação das esferas de governo (municípios, estados e União) no financiamento do SUS nos anos de 2002 a 2014	82
Gráfico 4 – Tipos de serviços de saúde implementados no Brasil, correlacionando-se com o número de serviços e o ano de implementação (período de 1970 a 2010).....	95
Gráfico 5 - Fundações privadas e associações sem fins lucrativos de saúde segundo período de fundação.....	97
Gráfico 6 - Distribuição de repasses para assistência à saúde (ambulatorial e hospitalar) pelo Inamps e Ministério da Saúde, segundo tipo de prestador de serviço nos anos 1981, 1987, 1997 e 2007	104
Gráfico 7 – Número de beneficiários de plano de saúde por cobertura.....	113
Gráfico 8 - Cobertura por cuidados de saúde, segundo a renda (dados de 2008)	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Listagem de empresas estaduais que sofreram privatizações entre os anos 1996 e 2002, com identificação do setor, estado de sua localização, ano em que se efetivou a privatização, o valor da venda em dólares e cifras em milhões e a dívida transferida	54
Tabela 2 - Apresentação das Agências Reguladoras implementadas no Brasil entre 1996 e 2001, indicando o ministério em que estavam relacionadas, a Lei de criação e Decreto de instalação	62
Tabela 3 - Dívida total e total pago em encargos da dívida pública da União (em bilhões de R\$) Brasil 1995-2002	65
Tabela 4 - Gastos com saúde a partir da % PIB; gasto em saúde <i>per capita</i> e % de gasto público, referente ao gasto corrente em saúde do Canadá, Reino Unido, Espanha, Portugal e Brasil	86
Tabela 5 - Renúncia fiscal da União para a saúde, nos anos de 2007 a 2011, em bilhões de reais correntes, especificados a partir de cada Benefício Tributário	88
Tabela 6 - Oferta de serviços, equipamentos e recursos humanos, no período de 1970 a 2010, sendo explicitada a porcentagem da oferta pública	96
Tabela 7 - Previsão legal de dispositivos previstos no modelo básico das agências reguladoras.....	120
Tabela 8 – avaliação das agências e órgãos governamentais reguladores.....	121
Tabela 9 - Caracterização dos modelos de gestão "não estatais" ou "estatais com figura jurídica privada", apresentando Lei ou Projeto de Lei para sua instituição e descrição	125
Tabela 10 – Estimativa da variação, preço unitário de internações, segundo tipo de prestador de serviço. Brasil, 1997 e 2007, (valores corrigidos pelo IPCA)	136
Tabela 11 - Identificação da categoria profissional, comparando valor-hora das medianas de salários entre trabalhadores de serviços de saúde de porte semelhante com administração direta e administração por uma organização socia.....	141
Tabela 12 - identificação dos cargos, apresentação do salário pago sob serviço de administração direta e sobre gestão da OS, e porcentagem da diferença salarial a partir do salário pago pela OS	142

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Indicação dos setores do Estado, segundo a sua Forma de Propriedade e Forma de Administração prevista..... 59

Figura 2 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por unidades da Federação..... 116

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1 - POLÍTICAS SOCIAIS, SUA CONFIGURAÇÃO NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E A SINGULARIDADE DO BRASIL	25
1 Aspectos das políticas sociais pré-1988 e a nova Constituição.....	40
2 Implementação da Contra-Reforma do Estado e das políticas de liberalização para o mercado a partir da década 1990	48
3 A Contra-Reforma após 2003: entre a negação e o consentimento da liberalização do mercado	67
CAPÍTULO 2 - ASPECTOS SOBRE O FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: MARCAS DE SUBFINANCIAMENTO.....	76
CAPÍTULO 3 - A PROVISÃO DE SERVIÇOS: O ENTRELAÇAR ENTRE A OFERTA DOS SERVIÇOS ESTATAIS, DOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DOS SERVIÇOS SUPLEMENTARES	92
1 Provisão de serviços públicos: a relação dos serviços estatais e dos serviços complementares	94
2 Serviços suplementares: alguns aspectos dos planos e seguros privados de saúde e as agências reguladoras	112
CAPÍTULO 4 - ASPECTOS GERENCIAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A CONTRA-REFORMA E OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO.....	124
CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	155
ANEXO.....	163

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído a partir da Constituição de 1988, através das Leis 8080 e 8142, de 1990. Esse sistema teve sua formulação inicial nos anos 1970, sendo decorrente de ações e lutas de movimentos sociais e políticos contra a ditadura militar, pelas Liberdades Democráticas e Democratização do Estado. O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) desempenhou papel significativo nesse processo. Suas proposições pautavam-se pela perspectiva de construção de uma sociedade mais justa e solidária, com um Estado que institísse políticas públicas na perspectiva de direitos humanos básicos universais com qualidade. Nesse processo, instituiu-se que a saúde seria *Direito de Todos e Dever do Estado*, seguindo princípios e diretrizes da universalidade, igualdade e integralidade no cuidado à saúde, com descentralização e regionalização das ações, além de expandir a participação social, tanto na formulação das políticas de saúde como no acompanhamento e avaliação das mesmas (PAIM, 2007; SANTOS, 2013).

Paim (2007) afirma que, apesar das dificuldades enfrentadas, o balanço da Reforma Sanitária Brasileira e a constituição do SUS expressam saldo positivo em diversas dimensões da oferta de serviços de saúde, quando comparados com a situação anterior à Constituição de 1988.

A proposta do SUS constituiu-se em uma das maiores políticas de saúde do mundo, sendo que alguns autores, como Cardoso (2013), referem que essa se apresentou com uma legislação das mais progressistas, visando garantir o direito à saúde a qualquer ser humano que viva ou que esteja no país. Nessa proposta é valorizada a extensão do Programa Nacional de Imunização, a ampliação dos serviços de saúde (em especial de Atenção Básica e ambulatoriais de especialidades), o Programa de DST/AIDS, dentre outros, reforçando importantes mudanças no cuidado à saúde no Brasil (CARDOSO, 2013; OCKE-REIS, SOPHIA, 2009; PAIM, 2007; SANTOS, 2013). Para se ter uma dimensão da amplitude de nossa rede pública, em 2006, o país era o segundo do mundo em número de transplante. Ainda, a rede era composta por

63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde;

150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos (BRASIL, 2006a).

Apesar dos grandes avanços no cuidado à saúde, Noronha, Santos e Pereira (2011) afirmam que a

inscrição do direito à saúde, como preceito constitucional e a organização de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, descentralizado e financiado pelos fundos públicos, confrontaram-se diuturnamente com poderosas restrições fiscais e com os altos índices de pobreza da sociedade brasileira. Com isso, embora tenha havido, desde então, melhora em grande parte dos indicadores de saúde, eles ainda indicam precárias condições de saúde e de acesso aos serviços (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011 p. 152).

Mais ainda, embora se tenha previsto um modelo de acesso universal com financiamento público, em que os direitos sociais passaram a ser reconhecidos constitucionalmente, do ponto de vista do conjunto da assistência à saúde, a mudança setorial não significou mudança na rota da assistência à saúde, considerada em sua totalidade, sendo necessário aprofundar o entendimento dessa contradição.

Assim, parte da literatura da saúde coletiva indica que apesar de contar com muitos avanços e melhorias no cuidado à saúde da população brasileira, o processo de implantação do SUS se constituiu com uma contraditória convivência entre universalização do acesso e a seletividade da população a ser atendida, bem como o suporte legal ao setor privado dentro das políticas públicas de saúde (BAHIA, 2005; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; BORGES, 2012; CARDOSO, 2013; OCKÉ-REIS, 2011; SANTOS, 2013). Observa-se que, mesmo com a instituição do SUS, manteve-se a tendência de crescimento das formas privadas de atenção à saúde, em especial do seguro saúde, muito presente antes de 1988, não modificando o quadro de acesso diferenciado e de cobertura privada que vinha sendo estabelecida até então (BAHIA, 1997; CARDOSO, 2013).

Quase trinta anos depois da instituição do SUS, como entender e olhar para esses processos contraditórios?

Várias são as análises sobre os impasses e desafios do SUS. Santos (2013), por um lado, indica como grandes obstáculos para a implementação de um sistema público de saúde de qualidade e universal, comprometido com as necessidades e os direitos à saúde da população, os seguintes aspectos: subfinanciamento, subvenção crescente com recursos

federais ao mercado dos Planos Privados, a grande rigidez na Estrutura Administrativa e burocrática do Estado e a privatização da gestão pública.

Ocké-Reis e Sophia (2011) ressaltam, com preocupação, a tendência à privatização do sistema de saúde brasileiro e indicam efeitos nocivos da existência paralela de um sistema privado na oferta de serviços: dificuldade na regulação do sistema de saúde, levando à dificuldade de planejamento; dificuldade na regulação da incorporação tecnológica com influência do complexo médico-industrial; dificuldades sobre o financiamento público agravadas, por exemplo, pela elevação dos custos, a renúncia fiscal e o boicote ao ressarcimento; dificuldade de organização dos profissionais de saúde com diferentes vínculos e dificuldade na equidade de acesso.

Em relação à privatização da gestão pública, Andreazzi (2013) e Correia (2014) fazem uma crítica aos “novos modelos de gestão”, entidades do setor privado denominadas “público não estatal” ou instituições ditas “estatais”, mas com personalidade jurídica de direito privado, que passaram a gerir os serviços de saúde pública. Afirmam haver inverção dos princípios do SUS, levando à precarização do trabalho e dos serviços de saúde, além da focalização da assistência e da alocação do fundo público da saúde no setor privado. Esses novos modelos de gestão, segundo as autoras, são configurados em Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Para além do que alguns autores chamam de privatização da gestão pública, Viana e Machado (2013) reforçam que é possível verificar intensa participação privada na assistência à saúde, participação essa que se configura de diferentes formas: na oferta de serviços, na oferta de tecnologias de ponta para todo tipo de procedimentos médicos; na intermediação financeira no mercado de saúde, e no estímulo à conformação de grandes grupos capitalistas na área, envolvendo serviços, finanças e indústria, de caráter multinacional. Tal expansão privada contaria com forte financiamento e subsídio estatal, o que em parte explica um gasto privado maior que o público na área da saúde no Brasil e um mercado de saúde de natureza privada operando fora e dentro do SUS.

Pain et al. (2011) afirmam que, em última análise, para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária nova estrutura financeira e revisão profunda das relações público-privadas. Portanto, para esses autores, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político, sendo que as questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica.

As práticas aqui denominadas genericamente de formas de privatização, são nada mais do que os meios, diretos e indiretos, através dos quais o capital privado busca inserir-se no campo da saúde. Considera-se esse processo de ampliação do setor privado dentro da rede pública de saúde com ampliação de compra de serviços da saúde complementar e “novos modelos de gestão” como *privatizações não clássicas*, uma vez que não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas serviços que eram/seriam de administração direta do Estado acabam sendo ofertados/administrados pelo setor privado.

De maneira geral, pode-se afirmar que, nesses últimos anos, manteve-se a lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e a subordinação da política social à mesma no Brasil. Destaca-se que, após alguns anos da implementação do SUS, no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002), foi proposta e instituída uma “Reforma” do Estado. Esta foi organizada como forma de estabelecer um *pacto de modernização* com mudanças na administração pública e as novas propostas gerenciais, processo esse articulado à liberalização comercial, às privatizações do parque industrial e ao programa de estabilização monetária (Plano Real) (BEHRING, 2008). Alguns autores denominaram esse processo de contra-reforma do Estado brasileiro, havendo redirecionamento das conquistas de 1988 (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Behring (2008) afirma que o processo de contra-reforma consiste no movimento do capital tentar anular as conquistas e os novos atores políticos, instituindo a flexibilização nas relações de trabalho, as privatizações e ampliação da relação com o capital estrangeiro, induzindo a diminuição dos direitos e do financiamento da seguridade social, comprimida por políticas de ajuste fiscal. Esse processo estaria articulado ao movimento de acumulação do capital internacional e às mudanças que ocorreram no capitalismo contemporâneo.

Mendes (2015) é categórico ao afirmar que, ao debater aspectos das políticas públicas de saúde, deve-se fazer uma reflexão buscando o entendimento dessa em sua relação com a crise contemporânea do capital. Partindo de tal pressuposto, para compreender o SUS e as políticas sociais no momento atual, é necessário que se faça um movimento de análise simultânea em que se considerem as especificidades do Brasil e a articulação desse com a totalidade dos processos sociais, tendo como pano de fundo o processo histórico e as mudanças na forma de acumulação do capital a nível internacional.

Segundo o autor, não se trata apenas de uma crise do Estado, perspectiva essa defendida por parte da produção acadêmica da área da saúde e entre aqueles que apoiam/apoiaram a “Reforma” do Estado, implementada no Brasil a partir da década de 1990.

Mendes (2015) afirma que, desde 1980, em tempos de vigência de políticas de cunho neoliberal, observou-se que o Estado manteve “presença” na economia, adotando uma série de políticas austeras (o que afeta as políticas sociais e a política de saúde, especificamente), além de estabelecer uma série de arranjos nos quais se verifica a permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital. Isso se dá de diferentes formas em cada país, a depender da sua singularidade e da correlação de forças entre o capital /trabalho em cada localidade.

Cardoso (2013) afirma que, apesar de o SUS ter sido baseado no Estado Social, ocorrido nos países do capitalismo central, e suas diretrizes terem sido instituídas constitucionalmente, havia incompatibilidade da edificação de um Estado Social no Brasil nos mesmos moldes dos países europeus uma vez que aqui não havia bases materiais e perspectivas econômicas para a sua implementação. Além disso, diz haver correlação de forças desfavorável para a classe trabalhadora e os movimentos sociais que se constituíam no período, inclusive, a nível internacional.

Urge que se compreenda melhor esses processos do mercado de saúde de natureza privada estar operando dentro e fora do SUS, caracterizando, de maneira mais clara, a relação entre os setores público e privado nas políticas de saúde no Brasil. Assim, esta dissertação de mestrado, através de uma revisão bibliográfica crítica, busca esboçar parte da complexidade e o movimento contraditório no qual se constituíram as políticas públicas de saúde, na tentativa de qualificar o redimensionamento dos setores público e privado. Para tanto, busca-se um resgate histórico sobre o processo de contra-reforma do Estado no Brasil, a partir da década de 1990, paralela a implementação do SUS, política pública de saúde inscrita na perspectiva de uma política de caráter universal. Para facilitar a apresentação, destacou-se três aspectos: financiamento, provisão de serviços e modelos de gestão.

O Capítulo 1 apresentará algumas considerações sobre as políticas sociais, sua caracterização a nível internacional nas últimas décadas e aspectos da particularidade brasileira, nos marcos do capitalismo dependente. Desenvolveram-se sínteses do contexto do Brasil em três recortes: 1) Aspectos das políticas sociais pré-1988 e a nova Constituição; 2) Implementação da Contra-Reforma do Estado e das políticas de liberalização para o mercado a partir da década 1990; 3) A Contra-Reforma após 2003: entre a negação e o consentimento da liberalização do mercado. Esse Capítulo pretende apresentar, de maneira geral, alguns movimentos que foram sendo implementados no país, sem ter a pretensão, é claro, de esgotar a análise de cada período.

Para pensar como esse movimento, denominado por alguns autores de contra-reforma, vem se configurando na saúde, serão abordos aspectos como o financiamento das políticas de saúde (Capítulo 2); a provisão de serviços, incluindo os serviços gratuitos (estatais e complementares) e algumas questões do setor suplementar (Capítulo 3); além de debater a contra-reforma com enfoque na transferência da gestão aos “novos modelos de gestão” (Capítulo 4).

A escolha desses eixos se deu tanto em função de textos da literatura nacional como da literatura internacional. Exemplo de referência nacional nessa perspectiva é o texto de Santos (2013), onde o autor apresenta como desafios do SUS o subfinanciamento, a subvenção crescente com recursos federais ao mercado dos Planos Privados, a grande rigidez na estrutura administrativa e burocrática do Estado, e a privatização da gestão pública. Já em relação à literatura internacional, há o trabalho de Maarse (2006) que debate os processos de privatização dos sistemas de saúde europeus. O autor trabalha, além das categorias de “financiamento em saúde” e “provisão de serviço”, com outras formas de privatização do sistema de saúde, como “administração e atividades operacionais do cuidado em saúde” (com a gestão desenvolvida pelo setor privado) e “investimentos em saúde”. Nesta dissertação de mestrado, optou-se por não incluir essa última categoria para a análise devido à extensão do material a ser analisado, o limite de tempo dado, além de menor número de publicações na área de Saúde Coletiva nos quais foram analisados aspectos da privatização da saúde com esse recorte.

Para a discussão desses eixos, realizou-se um trabalho de revisão bibliográfica, focada na articulação desses referenciais com a produção acadêmica que discute a relação público-privado no campo da Saúde Coletiva. Priorizaram-se as informações apresentadas nas várias publicações para fortalecer e subsidiar a leitura da realidade e levantamento de dados sobre as políticas sociais em saúde. Nota-se, entretanto, que alguns trabalhos indicam uma perspectiva a partir do referencial da social-democracia e neokeneynsianismo, e outros indicam um referencial marxista e a necessidade da luta pelo socialismo, debate esse no qual não será feita distinção ao longo da apresentação dos achados bibliográficos.

Por fim, apresenta-se uma exposição dos elementos gerais que delineiam as questões das políticas públicas de saúde aqui trabalhadas, visando apresentar algumas considerações finais sobre o material aqui apresentado.

Cohn (2011) afirma ser recente a “onda” em voga de estudos da comunidade da Saúde Coletiva voltados a discutir a relação do setor público e do setor privado da saúde, uma vez que a agenda do reforço e da defesa do setor público e do SUS monopolizava a atenção dessa

comunidade. A autora chega a afirmar que aqueles que ousavam, já nos finais dos anos 1990 e na década de 2000, a estudar o subsistema privado da saúde no país, vieram a ser estigmatizados. Indica que mais recente ainda são os estudos do setor privado em articulação ao sistema público, na perspectiva da economia política da saúde. Fica claro o quão desafiador é se debruçar sobre essas questões e a tentativa de articular as diferentes leituras sobre as mesmas.

Tem-se a compreensão dos limites e dificuldades postos neste estudo. Além de não ser uma abordagem típica da área da Saúde Coletiva, sabe-se que essa não é tarefa de curto prazo e que se faça de maneira individual. Algumas sínteses, que se fazem necessárias, só serão possíveis de serem consolidadas de maneira coletiva e se mostram como tarefa de longo prazo. Buscar-se-á, entretanto, esboçar algumas reflexões e achados que já se apresentam na esfera da produção acadêmica aqui delimitada.

CAPÍTULO 1

POLÍTICAS SOCIAIS, SUA CONFIGURAÇÃO NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E A SINGULARIDADE DO BRASIL

Na questão aqui colocada, torna-se inevitável pensar na política pública de saúde inserida na forma de reprodução social, sendo necessário trabalhar aspectos da assistência em saúde no capitalismo atual que abrange, além da dimensão política, bases econômico/materiais. Para que se faça análise nessa perspectiva, Behring e Boschetti (2011) reforçam a importância de se discutir as políticas sociais a partir da interlocução com o referencial teórico marxista, mas abordam a importância de se afastar de uma tradição com viés estruturalista¹. Reforçando essa colocação, não se pretende cair aqui em uma interpretação economicista ou determinista da sociedade, mas lançar mão desse referencial na busca de fugir de um olhar que naturalize os processos impostos, evitando o que as autoras indicam como abordagens unilaterais, monocausais, idealistas, funcionalistas e a-históricas. Dessa forma, neste trabalho tem-se a perspectiva de apreender certos elementos dessa complexa realidade, na tentativa de trabalhar alguns aspectos das políticas sociais em saúde na relação do setor público e do setor privado, na singularidade do Brasil.

Considerando-se o método do materialismo dialético enquanto instrumento de análise, há como pressuposto que toda a história deve ser reestudada, as condições de existência das diversas formações sociais devem ser singularmente investigadas, antes de que delas se procure deduzir as concepções políticas, jurídico-privadas, estéticas, filosóficas, religiosas etc. que lhes correspondem. Nessa perspectiva, a concepção da história é, sobretudo, um guia de estudo (ENGELS, [s.d.]). Assim, os conhecimentos históricos não correspondem simplesmente à simples agregação dos dados e fatos da realidade, mas pressupõe a apreensão da síntese de muitas determinações, num movimento de explicitar as conexões existentes entre os mesmos, em perspectiva totalizante (MARX, 1982).

¹ As autoras afirmam que parte dos que lançavam mão desse referencial, acabavam por fazer uma leitura com um olhar estruturalista. Sobretudo a partir de 1985, verifica-se a busca de novas referências na tradição marxista, com destaque para a obra do Gramsci, que nega a ideia da sociedade sobredeterminada, criticando o economicismo e a visão meramente instrumental do Estado. Reitera-se, também, que a crítica ao economicismo no método marxista já estava explicitada em cartas de Engels para Bloch em 1890 (ENGELS, 1986) e nos próprios textos de Marx. No livro “18 de Brumário de Luis Bonaparte” (MARX, 2011), por exemplo, pode-se observar que a análise não se reduz ao componente da estrutura e a aspectos econômicos, mas apresenta toda uma dialética entre os processos e as classes sociais da época. Isso também pode ser observado em trechos da obra do Capital (MARX, 2014), onde o autor apresenta categorias sínteses e uma crítica à economia política clássica articuladas a aspectos históricos e sociais. Marx (1985 apud MINTO, 2005) afirma que, apesar de os economistas exprimirem as relações da produção burguesa e explicarem como se produz nessas relações dadas, fazem isso sem o movimento histórico que as engendra.

A partir desse referencial de análise, a sociedade burguesa é uma totalidade concreta, de máxima complexidade, constituída por totalidades de menor complexidade. Apesar de fazer parte desse todo, nenhuma dessas totalidades de menor é simples, sendo que o que as distingue é o seu grau de desenvolvimento e as tendências operantes na totalidade que lhes são peculiares. Não podem ser transpostas análises de uma realidade diretamente à outra. Assim, cabe a análise de cada um dos complexos constitutivos da totalidade, sendo crucial descobrir como as relações sociais se dão em cada localidade, além da relação entre esse local e a totalidade inclusiva, que é a sociedade burguesa (MARX, 2014; NETTO, 2011).

Autores que se baseiam nessa concepção (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; SAMPAIO JR., 1999) afirmam que o capitalismo se desenvolve num movimento desigual e combinado, como teorizado por Trotsky. Assim, a desigualdade do ritmo de desenvolvimento entre os países seria a lei mais geral dos processos históricos, e seria mais evidente essa complexidade nos destinos dos países que não tiveram uma constituição no berço da revolução industrial, os quais “sob o chicote das necessidades externas” se dariam as contingências de avanço e desenvolvimento. Dessa forma, observa-se que a economia mundial é fortemente hierarquizada e articulada do ponto de vista econômico e político, sendo composta por diferentes aproximações de diversas etapas de desenvolvimento, combinação de formas arcaicas com as mais modernas, que vai influenciando a formação de cada uma das nações.

Behring e Boschetti (2011) reforçam essas premissas, indicando ser necessário situar a análise dos fenômenos sociais em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução como recurso heurístico e inseridos na totalidade concreta da sociedade burguesa. Segundo as mesmas, vale frisar, entretanto, que sob essa perspectiva não se tem a intenção de conhecer todos os aspectos da realidade sem exceção, nem se pretende oferecer um quadro total da realidade na infinidade dos seus aspectos e propriedades, mas, sim, expressar um conhecimento da realidade que é compreendido como fato de um todo.

Consideram-se as políticas sociais como expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho, e que essas expressam a contradição dessa relação. Assim, a constituição e configuração das políticas sociais, em um determinado momento e local, é influenciada pelo movimento da luta de classe, a desigual participação na distribuição de riqueza social e o processo de valorização e acumulação do capital (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; MONTAÑO, 2002).

A implantação das políticas sociais variou nos diversos momentos da história. Não se pode determinar, com precisão, um período específico de surgimento das primeiras iniciativas reconhecíveis de políticas sociais, mas é possível indicar que essas foram gestadas na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a revolução industrial, abarcando os movimentos das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal.

Há ampliação das políticas sociais nos países europeus entre a I Guerra Mundial e a década de 1970, quando se estabeleceu intervenção estatal pelo viés do direito formal, consolidando o que se chamou de Estado Social² (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). O Estado passa a ser, nesse período, em parte investidor econômico e, em parte, regulador da economia e dos conflitos, visando conciliar crescimento econômico com legitimidade da ordem social. A intervenção estatal na “questão social” acaba sendo financiada por meio da contribuição compulsória de toda a sociedade, incluindo o capital (MONTAÑO, 2002; BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Montaña (2002) indica que se as políticas sociais, nesse momento histórico, eram funcionais ao capital, eram-no também funcionais à consolidação das demandas dos trabalhadores, configurando um processo contraditório entre capital e trabalho, com uma dialética entre concessão e conquista. Sendo assim, nessa delimitação temporal, em alguns países, buscou-se instituir a ampliação do papel do fundo público, desencadeando medidas de sustentação da acumulação, ao lado da proteção ao emprego e às demandas dos trabalhadores, viabilizada por meio dos procedimentos democráticos do Estado de direito, sob condução da social-democracia (BEHRING, 2008).

O papel do Estado capitalista e sua relação com as políticas sociais vai sofrendo significativas mudanças e reconfigurações ao longo dos anos 1980 e 1990. Pressões para uma reconfiguração do papel do Estado capitalista, contidos nos planos de ajuste estrutural em curso nos vários países, devem ser compreendidas no contexto das transformações mais

² Segundo Behring e Boschetti (2011) as primeiras intervenções estatais durante o século XIX foram chamados pelos liberais de *Etat Providence* (Estado-providência), expressão elaborada por pensadores liberais contrários à intervenção do Estado. Alguns autores franceses consideram que o marco do Estado-providência é o ano de 1898, com a aprovação da primeira lei que estabelece a proteção social obrigatória aos trabalhadores, sob responsabilidade Estatal. Os seguros se espalharam no final do século XIX e início do século XX, tendo como principal modelo o alemão, modelo bismarckiano, que instituiu o primeiro seguro-saúde nacional obrigatório em 1883. Netto e Braz (2009) indicam que o Estado Social ou *Welfare State* configurou-se como um conjunto de instituições e a consolidação de políticas sociais com ampliação de sua abrangência, sob orientação macroeconômica de matriz keynesiana. Segundo Behring e Boschetti (2011), esse seria a superação da óptica securitária e a incorporação de um conceito ampliado de seguridade social com o Plano Beveridge, na Inglaterra, que assegurou a aprovação de diversas legislações sociais, institucionalizando a possibilidade de estabelecimento de políticas universalizadas. Segundo as mesmas, é comum encontrar na literatura sobre políticas sociais a utilização do termo *Welfare State* para designar genericamente os países que implementaram políticas sociais sob orientação keynesiana, ainda que alguns países não se definam dessa forma, como é o caso da França e da Alemanha. Para aprofundar esse resgate histórico ler “Política social: fundamentos e história” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

profundas engendradas no mundo do capital, articuladas a uma reação burguesa à crise do capital que se iniciou nos anos 1970 (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; MENDES, 2012, 2015a; NETTO; BRAZ, 2009).

Netto e Braz (2009) afirmam que, após a década de 1970, vive-se sob uma reorganização no modo de produção capitalista que poderia ser caracterizado como a *era da acumulação flexível*. Dá-se um processo de reestruturação produtiva, caracterizada pela “desterritorialização” da produção, sendo que unidades produtivas são deslocadas para novos espaços territoriais (especialmente áreas da periferia do capitalismo). A nível internacional, observa-se intensa incorporação de tecnologia; e um processo de terceirização dentro dos espaços de produção. Reforça-se a leitura de que, na era da mundialização do capital, se verifica que o objetivo das grandes empresas transnacionais é diluir a economia dependente no mercado global para que possam explorar as potencialidades de negócios da periferia sem sacrificar sua mobilidade espacial (SAMPAIO JR., 1999, 2007). Nesse sentido, Behring (2008) afirma que se percebe a dissolução da unidade constitutiva do Estado e do capital nacional, os quais apresentam dificuldades para desenvolver políticas industriais, prevalecendo ações para tornar os territórios mais atrativos às inversões estrangeiras.

Um dos traços marcantes da reorganização do capital, nesse processo, foi a financeirização, sendo que as relações passam pela tutela do capital portador de juros, especialmente com o aumento e a função determinante do capital fictício na determinação das relações sociais³ (BEHRING, 2008; MENDES, 2012). Há análises de que, sob tal contexto (com a mundialização do capital sob a hegemonia do capital financeiro), o desemprego passou a ser crescente e a precarização do trabalho se tornou um fenômeno central que se generaliza como estratégia, inclusive de domínio econômico, político e cultural, produto de vontade política e não de “fatalidade econômica”, determinada pelo mercado (DRUCK, 2013).

Verifica-se grande constrangimento à efetivação de políticas públicas universais a nível internacional. Observa-se a ampliação das políticas de liberalização do mercado e

³ No referencial marxista, considera-se que o capital é composto por frações de capital, todas partes de um todo mas com movimento próprio no processo de acumulação. Esses são: o capital industrial (único capital produtor de mais-valia), o capital comercial e o capital portador de juros (esses últimos, apropriam-se de parte da mais-valia sem produzi-la diretamente). O capital portador de juros, segundo essa perspectiva, alcançaria a forma mais fetichizada, com a ideia de que *dinheiro gera dinheiro* sem necessariamente passar por um processo de produção para a sua valorização, sendo que uma das formas que pode se apresentar é o capital fictício (dívida pública, capital acionário e capital bancário) (MENDES, 2012; NETTO; BRAZ, 2009). Mendes (2012) indica que esse capital teria uma busca insaciável por sua valorização, mesmo sendo ela fictícia, sem produzir mais valia e funcionando de maneira especulativa e parasitária. Como exemplo, afirma que, entre 1980 e 2006, o Produto Nacional Bruto mundial cresceu 364%, enquanto a riqueza financeira mundial cresceu 1.525%. Para uma discussão mais detalhada sobre o capitalismo financeirizado ver Capítulo 1, de Mendes (2012).

implementação de ajustes neoliberais, com desregulamentação de direitos antes conquistados pelos trabalhadores, além de corte nos gastos sociais e medidas legais restritivas aos movimentos sociais (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; MENDES, 2012; NETTO; BRAZ, 2009).

Montaño (2002) afirma que contido no projeto de liberalização do mercado nas últimas quatro décadas, se observa, de maneira geral, a coexistência de três tipos de respostas para as políticas sociais:

- a precarização das políticas sociais e assistência estatais, isto é, a manutenção destas, fornecidas gratuitamente pelo Estado, num nível marginal. Este tipo de resposta, no contexto da estratégia neoliberal, exige um duplo processo complementar de focalização e descentralização das políticas sociais estatais. Isto configura o tipo de resposta do Estado à questão social fundamentalmente dirigido às populações mais carentes.
- a privatização da seguridade e das políticas sociais e assistenciais, seguindo dois caminhos:
 - a) a re-mercantilização dos serviços sociais. Estes, enquanto lucrativos, são re-mercantilizados, transformados em serviços mercantis, em mercadorias, sendo traspassados para o mercado e vendidos ao consumidor, como uma nova forma de apropriação da mais valia do trabalhador. Isto conforma o tipo de fornecimento empresarial de serviços sociais, dirigidos aos cidadãos plenamente integrados.
 - b) a re-filantropização das respostas à questão social (Yazbek, 1995). Na medida em que amplos setores da população ficarão descobertos pela assistência estatal – precária, focalizada e descentralizada, ou seja, ausente em certos municípios e regiões e sem cobertura para significativos grupos populacionais – e também não terão condições de acesso aos serviços privados (caros), transfere-se à órbita da sociedade civil a iniciativa de assisti-la mediante práticas voluntárias, filantrópicas e caritativas, de ajuda mútua ou auto-ajuda. É neste espaço que surgirá o “terceiro setor”, atendendo a população excluída ou parcialmente integrada. Isto se constitui como “uma luva” na mão do projeto neoliberal (MONTAÑO, 2002 p. 3 e 4).

Nessa nova configuração, o Estado afasta-se parcialmente da intervenção social, apesar de continuar assumindo um caráter de subsidiador e promotor no momento em que articula as políticas sociais com a filantropização e o terceiro setor. Sendo assim, vale destacar que a nível internacional vê-se ampliação das respostas às demandas sociais através de entidades independentes. Montaño (2002) relata que esse processo acaba por retirar das políticas sociais os seus fundamentos sistêmicos, predominando a perspectiva de uma

demanda imediata, tratada assistematicamente e de forma assistencialista, sem constituir direito, sem garantia de permanência e como atividade curativa.

Observa-se, portanto, em um ataque vigoroso à maneira como o Estado vinha se configurando no século XX, um ataque ao público e a tudo aquilo que intervém nas forças do mercado. O capital acabou por se apropriar de setores que antes não dominava inteiramente, pois estavam, de alguma forma, intermediados pela esfera Estatal de interesse público. Há, nesse momento, um discurso da impossibilidade de se ampliar a capacidade de investir em políticas sociais como consequência do corte fiscal do Estado, verificando-se perda de espaço das políticas sociais em função da necessidade de transferir para a esfera do capital privado o acesso aos fundos públicos (BEHRING, 2008; MINTO, 2005). Assim, há a tendência para a mercantilização e transformação de políticas sociais em negócios, sendo que as políticas neoliberais visam instituir um “outro” Estado (em contraposição ao Estado Social, instituído principalmente nos países do capitalismo central), o qual tem a perspectiva de preservar e garantir os privilégios do capital.

Montaño (2002) discute que as políticas sociais universais não contratualistas e constitutivas de direito de cidadania são acusadas pelos liberais de propiciarem o esvaziamento de fundos públicos, sendo “mal aplicados” em atividades burocratizadas, sem retorno e que estendem a cobertura a toda a população indiscriminadamente, como sendo um dos aspectos da “crise”. Predomina-se, assim, a perspectiva de reduzir ou até eliminar a intervenção social do Estado em diversas áreas e atividades, preponderando a lógica da sociedade civil e do mercado, sendo que a desigualdade e a concorrência são consideradas estímulo ao desenvolvimento social. Ao ampliar o processo de privatização nas políticas sociais, ou seja, ao transferir ao mercado e ao responsabilizar a sociedade civil para lidar com questões que antes o Estado tinha assumindo, o capital vai se desonerando da contribuição compulsória.

Essa ofensiva contra o Estado Social e as políticas sociais caracterizou-se, também, por um discurso em que se considera a crise do Estado e do público descolada de uma crise da economia ou do capitalismo. Assim, há uma espécie de simplificação do problema, sendo que a crise é tratada apenas como uma “inadaptação” do Estado, o qual necessita ser “reformado”. Inaugura-se, então, um período regressivo para os trabalhadores, com caráter contra-reformista, quando se observa correlação de forças desfavoráveis, do ponto de vista político e da luta de classes. Grandes instituições financeiras internacionais, criadas em Bretton Woods, no final da 2ª Guerra Mundial, passaram a atuar como entidades reguladoras do sistema econômico mundial em benefício do grande capital. Nesse processo, estabeleceu-se o

Consenso de Washington, o qual propôs os termos das políticas de ajustes estruturais, das reformas dos aparelhos de Estado, e das reformas de mercado, com enquadramento político-ideológico do neoliberalismo (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; GONÇALVES, 2012; MENDES, 2012; MINTO, 2005).

As orientações tiradas foram aplicadas, sobretudo, nos países periféricos do capitalismo, através dos organismos internacionais como Fundo Monetário Internacional – FMI –, o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio (antigo General Agreement on Tariffs and Trade - GATT) e seguiam as seguintes diretrizes:

1. Manutenção de um rigoroso equilíbrio orçamentário, principalmente com a redução dos gastos públicos;
2. Abertura comercial, com a eliminação de todos os tipos de barreiras não-tarifárias e redução das tarifas de importação;
3. A liberalização financeira, o que prevê a desregulamentação dos sistemas financeiros nacionais, permitindo a livre circulação do capital financeiro internacional;
4. Desregulamentação dos mercados domésticos via redução do controle do Estado (intervenção) sobre os preços, concessão de incentivos e/ou subsídios etc.;
5. Privatização dos serviços públicos e das empresas estatais (Cf. SILVA JR. E SGUISSARDI, 1999, p. 26). (MINTO, 2005 p. 80 e 81).

Dessa maneira, se produziu, nas últimas décadas, a nível internacional, o redimensionamento do público em meio ao processo de reestruturação das formas de acumulação, a qual cada vez mais, “deixa de ser o espaço de controle social sobre o capital, em prol de um privado que não apenas é o lócus da apropriação, da reprodução e acumulação do capital, mas que tende a totalizar-se, passando a ocupar todos os momentos da reprodução societal” (MINTO; 2005 p. 82).

Isso vai ao encontro do que Marx discute de que o capital, com tendência totalizadora com efeitos em todas as esferas da vida social, tem o potencial de, em seu desenvolvimento, criar mecanismos de abarcar processos que resistem ou resistiam à sua incorporação ao capitalismo (MARX, 2014). Assim, o movimento contemporâneo abarca uma reversão das conquistas sociais e uma maior apropriação do setor privado dentro do Estado. O espaço antes ocupado por uma esfera pública, que fazia certa mediação para interesses coletivos, passou a englobar cada vez mais a lógica do privado, do mercado e da acumulação capitalista.

De maneira a analisar concretamente esse movimento, Maarse (2006) investiga os processos de implementação do que é comumente chamado “modernos programas de

reformas”⁴, numa ampliação do setor privado dentro do setor público na assistência à saúde de alguns países da Europa. O autor afirma, nesse sentido, que, nos últimos vinte e cinco anos, houve introdução de elementos do mercado no financiamento e na provisão do cuidado à saúde. O autor discute também várias fronteiras da relação público e privado nos sistemas de saúde, indicando expansão de elementos privados e redução de elementos públicos em oito sistemas de saúde europeus, problematizando como tais programas de “reforma” desencadearam um processo de privatização da saúde pública⁵.

Assim, esse novo delineamento do capitalismo contemporâneo e suas repercussões na intervenção estatal atingiu a maior parte do mundo do capital nas últimas décadas. Behring (2008) afirma que as consequências foram mais ou menos regressivas, dependendo das particularidades históricas de cada região ou país, a partir de mediações que são estabelecidas pela formação econômica, política, social e cultural.

Sampaio Jr. (1999) reforça a importância de se observar a configuração nacional dos diferentes países nesse contexto de transformação do capitalismo, quando até mesmo as sociedades que fazem parte do centro capitalista revelaram dificuldades para atenuar os efeitos destrutivos da transnacionalização do capital sobre suas sociedades, sendo necessário reforçar a escala de suas economias e o alcance de suas estruturas estatais. Essa tendência fragiliza o controle e o poder de autodeterminação de cada nação e manifesta-se, segundo o autor, com força redobrada nas regiões periféricas. Nesse processo, o desenvolvimento desigual do capitalismo voltou a promover brutal concentração espacial do progresso técnico, ampliando o hiato entre os países “desenvolvidos” e “subdesenvolvidos”, e as nações emergentes vieram a ser submetidas ao arbítrio dos países do capitalismo central, sujeitas, inclusive, ao que o autor denomina de processos de reversão neocolonial⁶.

Sampaio Jr. (2007) indica que a liberalização da economia fez com que a industrialização pesada, em muitos países de capitalismo dependente, que já passava por dificuldades para sua manutenção, entrasse em “uma fase terminal, desencadeando um processo de desestruturação do aparelho produtivo que compromete os elos estratégicos que permitiam à economia (...) funcionar como um todo orgânico” (Sampaio Jr., 2007 p. 151).

⁴ Texto utiliza termo *modern reform programs*.

⁵ O autor também não trabalha com a concepção *stritu sensu* de privatização, com a venda do patrimônio público ao setor privado exclusivamente, mas considerando esse processo de aumento de elementos privados dentro do setor público do sistema público de cuidado à saúde.

⁶ Sampaio Jr. (2012) afirma que o movimento de reversão neocolonial vem correlacionar o ajuste às exigências da ordem global, sendo observado, nos territórios dos países de capitalismo dependente a regressão das forças produtivas, a desnacionalização da economia, a naturalização da desigualdade social, a crise federativa, a desarticulação dos centros internos de decisão e a crise da identidade nacional.

Esse movimento de mercantilização que se irradia do centro do sistema capitalista para a periferia tende a sujeitar a economia desses países e a segmentar o espaço econômico nacional entre regiões que conseguem encontrar nichos de mercado na nova divisão internacional do trabalho. Segundo Sampaio Jr. (2012), esse processo, iniciado no final do século passado, se intensifica na década de 2000, marcado por nova crise internacional em 2008, com caráter ultrarregressivo da solução americana com aposta dobrada no liberalismo⁷. Ao dobrar as apostas no liberalismo, as oligarquias financeiras das potências imperialistas vieram aumentar o controle sobre o mercado mundial e aprofundar ainda mais o seu controle sobre o Estado, através do capital financeiro, submetendo a política econômica a um verdadeiro estado de exceção. Observam-se novos ataques aos direitos dos trabalhadores, investimento sobre as políticas sociais e tentativas de disciplinar as economias nacionais, especialmente nas regiões periféricas do capitalismo mundial (SAMPAIO JR., 2011).

Para a compreensão das políticas sociais de saúde no Brasil, deve-se considerar tanto mudanças do capitalismo no plano mundial, com avanços das políticas neoliberais e reconfiguração do papel do Estado capitalista com predominância do capital financeiro, como a particularidade brasileira e as formas que foram sendo instituídas nesse movimento mais geral na singularidade do nosso país. Embora essas considerações a nível internacional sejam instigantes e essenciais para a boa compreensão da nossa realidade, não será possível avançar nessa discussão, uma vez que fugiria do escopo desta dissertação. Apresenta-se, assim, breve exposição do tema para contextualizar o trabalho, ainda que sob o risco de incorrer em certas simplificações.

⁷ Sampaio Jr. (2011) indica que a crise econômica mundial, que se iniciou em meados de 2007, com o colapso da especulação imobiliária nos Estados Unidos, levou à radical reversão das expectativas de investimento nas economias desenvolvidas, desencadeando tendência recessiva nas economias centrais e, paradoxalmente, estímulo à aceleração do crescimento nas economias emergentes. Segundo o autor, a oportunidade das economias emergentes de crescer no bojo da crise só foi possível graças à abundância de liquidez no mercado financeiro internacional, ao grande afluxo de investimentos diretos e ao *boom* nos preços das *commodities* – fenômenos determinados pelo movimento especulativo de fuga para frente das grandes massas de capitais excedentes que abandonavam os países centrais em busca de negócios em outras praças. Afirma que a “persistência de um gigantesco excedente absoluto de capital que não tem possibilidade de realimentar o circuito de valorização do capital pelo aumento da exploração do trabalho mantém em estado latente, como ameaça devastadora, a tendência à desvalorização violenta da riqueza que paira com um espectro sobre o sistema capitalista mundial” (SAMPAIO JR., 2011 p. 85). O autor analisa que a política de administração da crise não encaminhou nenhuma solução duradoura para as contradições que a determinam. Afirma que não foram desvalorizados os estoques de ativos tóxicos que comprometem a carteira das instituições financeiras, sendo que os desequilíbrios patrimoniais que fragilizam o sistema financeiro continuam impedindo a normalização das operações de crédito; como não foram abertos novos horizontes para a acumulação de capital, as expectativas dos empresários permanecem deprimidas, comprometendo a possibilidade de retomada sustentada dos investimentos; além de que, ao protelar a tomada de providências para regular o movimento de capitais e coordenar as políticas econômicas dos Estados nacionais, agravam-se as contradições estruturais que impulsionam as rivalidades nacionais, reforçando a tendência à fragmentação das relações internacionais. Para aprofundar a leitura da crise 2008 ler “Metástase da Crise e Aprofundamento da Reversão Neocolonial”, de Sampaio Jr. (2011).

Para análise do contexto brasileiro, partiu-se aqui, da concepção do Capitalismo Dependente⁸, de Florestan Fernandes, que buscou analisar as influências estruturais e dinâmicas da ordem social global sobre a absorção e a expansão do capitalismo no Brasil. Em sua análise, ele pontua a posição heteronômica da economia do país, em sua estrutura e funcionamento, a qual permaneceu constante em diferentes momentos da formação econômica do país (FERNANDES, 1981, 2008)⁹. A partir dessa constatação, o autor afirma ser possível verificar três realidades estruturais no Brasil:

1) concentração de renda, do prestígio social e do poder nos extratos estratégicos para o núcleo hegemônico de dominação externa;

2) coexistência de estruturas econômicas, socioculturais e políticas em diferentes “épocas históricas”, interdependentes e igualmente necessárias para a articulação e expansão de toda economia;

3) exclusão de ampla parcela da população nacional da ordem econômica, social e política, como um requisito estrutural e dinâmico da estabilidade e do crescimento de todo o sistema.

Considera-se, assim, que o Brasil é um país historicamente heterônomo, subordinado econômica e politicamente aos interesses do capitalismo mundial e às políticas de ajustes, determinadas pelas agências internacionais, além da manutenção de um regime com grandes desigualdades sociais no plano interno. Parte-se do pressuposto de que a formação do capitalismo brasileiro difere dos países do berço da Revolução Industrial (países europeus) e que as relações sociais tipicamente capitalistas desenvolveram-se aqui de forma diferente

⁸ Dentro da área de sociologia, ciências políticas e econômicas, há amplo debate sobre o desenvolvimento nacional brasileiro, havendo o destaque de duas vertentes teóricas: perspectiva do capitalismo dependente - representada por trabalhos de Caio Prado Junior, Florestan Fernandes, Celso Furtado e Otavio Ianni muito marcada até a década de 1970; e o capitalismo tardio - consolidada por um movimento revisionista na década de 1980, iniciada por Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto e trabalhada por autores como Cardoso de Melo, Wilson Cano, Liana Maria Aureliano, Sônia Draibe, Maria da Tavares Conceição Tavares, Luis Gonzaga de Mello Beluzzo. Sampaio Jr. (1999) critica a concepção do capitalismo tardio por compreender que essa perspectiva vem por reforçar que não haveria incompatibilidade entre imperialismo e consolidação de sistemas nacionais, sendo que o dinamismo da economia periférica passou a ser visto como produto de processos condicionados, em primeira instância, por forças internas, e, em última, por forças externas. A interpretação desse autor é que essa leitura elimina a urgência de superar a dependência externa, reafirmando estratégias de associação com o capital internacional. Para aprofundar debate ler Capítulos 1 e 2 de “Entre a Nação e a Barbárie: os dilemas do capitalismo dependente em Caio Prado, Florestan Fernandes e Celso Furtado”, de Sampaio Jr. (1999).

⁹ Ele apresenta em suas obras a manutenção de um processo de dominação externa e a consolidação de um capitalismo dependente nos diferentes períodos de desenvolvimento: 1) padrão de exploração colonial; 2) o neocolonialismo e a expansão mercantil; 3) o desenvolvimento do imperialismo europeu e a constituição do capitalismo dependente; e 4) imperialismo total com a consolidação do capitalismo cooperativo e monopolista após a ditadura militar. Interesses particularistas das camadas privilegiadas eram tratados como “os interesses da Nação”, estabelecendo conexão estrutural interna para as manipulações do exterior.

daquela dos países do capitalismo central, ainda que mantendo as suas características essenciais.

Florestan Fernandes afirma que, nos países do capitalismo central, esse processo apresenta bases materiais e políticas que maximizaram as propriedades socialmente construtivas do capitalismo, e caracterizaram-se pelo encadeamento das revoluções agrária, urbana, nacional, democrática e industrial, através da correlação de força e luta de classes estabelecidas. Para o autor, a Revolução Burguesa e o capitalismo só podem conduzir à independência econômica, social e cultural quando, atrás da industrialização e do crescimento econômico, existe uma vontade nacional que se afirme coletivamente por meios políticos e tome por seu objetivo a construção de uma sociedade nacional autônoma (FERNANDES, 2008).

Já as revoluções burguesas “atrasadas” dos países que foram colônias e de alguma forma contribuíram para a acumulação produtiva dos países do capitalismo central, caracterizam-se pelo fato de que a sua direção política foi monopolizada por burguesias conservadoras e dependentes, as quais acabaram por fechar o circuito político à participação de setores populares e por selar uma associação estratégica com o imperialismo (perpetuando a dependência e o subdesenvolvimento, restringindo dramaticamente a possibilidade de conciliar capitalismo e integração nacional, como os demais países citados anteriormente) (FERNANDES, 1981, 2008).

Sampaio Jr. (1999) indica que, para Fernandes, o planejamento só pode ser visto como instrumento que assegura o desenvolvimento autodeterminado quando prevalece uma dinâmica de luta de classe, baseada em uma lógica de compromisso e de busca do bem comum. Para ele, é essencial que haja relativo equilíbrio na correlação de forças entre as classes sociais e circuito político no qual vigorem instrumentos institucionalizados de democratização da sociedade. No entanto, a burguesia brasileira veio se consolidar de maneira “frágil e dependente”, constituindo um Estado impermeável a qualquer benesse de caráter estrutural às classes subalternas.

Com base no referencial teórico de Marx¹⁰, e de maneira a sintetizar alguns dos pontos discutidos acima, três aspectos que contribuem para a compreensão da realidade do nosso país são mostradas a seguir (FERNANDES, 2008).

¹⁰ Fernandes (2008) faz referência a outros sociólogos clássicos, como Weber e Durkheim. Porém, faz a ressalva que Marx é o que apresenta maior interesse para os estudiosos das sociedades subdesenvolvidas, não só porque elaborou uma contribuição pioneira das teorias do desenvolvimento econômico, mas porque elaborou um esquema conceitual e explicativo que permite relacionar os componentes mais profundos da ordem social, possibilitando a análise de como as coisas se dão, mostrando que existem condições para elas se transformarem, além de levantar questões do que fazer para assegurar esse objetivo. Dessa forma, a título deste trabalho, será

1) As sociedades capitalistas subdesenvolvidas não contaram com acumulação originária suficientemente forte para sustentar um desenvolvimento econômico autossuficiente, de longa duração, e para desencadear ou fomentar a implantação do capitalismo como nos países europeus. No setor agrícola, a extinção do sistema colonial não provocou o colapso das antigas estruturas econômicas coloniais. Ao contrário, as exigências do mercado mundial e da comercialização das matérias-primas em larga escala exigiram sua persistência, como garantia do aumento da oferta e dos grandes lucros dos importadores europeus. A principal fase de acumulação originária de capital, nas sociedades subdesenvolvidas, ocorreu entre a emancipação nacional e a aceleração do crescimento econômico interno. Essa acumulação associou-se, em termos de interesses comuns defendidos conscientemente mesmo em nível político, ao fluxo permanente do capital externo, sem nunca disputar com os centros hegemônicos sequer as posições estratégicas de controle do crescimento econômico interno. Sua lógica se inspirava nos interesses e nas possibilidades do capitalismo dependente.

2) A mercantilização do trabalho não se desenvolveu senão lenta e precariamente. Quando aquela se universalizou, porém, não incentivou o pleno funcionamento de um mercado especial, integrado em escala regional ou nacional. Segundo Fernandes, o capitalismo dependente, da maneira com que se configurou no Brasil, não funcionou universalmente, segundo os requisitos de uma economia capitalista competitiva integrada e, por isso, não incluiu, como regra, a reposição do trabalhador no cálculo do valor do trabalho. Em consequência, o mercado de trabalho não se estruturou para preencher a função de incluir todos os vendedores reais e potenciais de força de trabalho, o que afetou o grau de institucionalização desse processo, forçou a intervenção governamental na fixação de salários mínimos e suscitou mecanismos sindicais de suporte a essa interferência. A explicação do fenômeno acha-se na sobrevivência de amplos setores nos quais prevalecem economias de subsistência e formas extra capitalistas de mercantilização do trabalho, ao mesmo tempo em que se verifica a importação de tecnologia avançada, como fator limitativo da massa de emprego. Essa situação, segundo o autor, fez com que praticamente não existisse um “exército de reserva”. Ao mesmo tempo, concorreu para converter o assalariamento em privilégio econômico e social, altamente desejado. Assim, o assalariado não dispõe de meios nem para tomar consciência dos fatores dos salários ínfimos, nem para forçar melhores níveis

apresentada apenas a perspectiva desse autor clássico, sem intenção de sobrepor-lo aos demais supracitados na argumentação de Fernandes.

de participação da renda nacional, ficando à mercê de taxas de exploração excessivas, que flutuam ao arbítrio da política salarial das empresas e dos governos.

3) O foco nas contradições entre as forças produtivas e as formas de organização da produção capitalista também é um eixo de análise importante. Segundo o esquema interpretativo de Marx, essas contradições forneceriam a chave para se entender tanto o crescimento contínuo do sistema de produção capitalista quanto o seu colapso. Fernandes indica que, ao que parece, o poder expansivo das forças de produção depende de certas condições estruturais e dinâmicas, que não se reproduzem no capitalismo dependente. De um lado, a parte realmente autônoma do processo de acumulação capitalista (representado pelo montante de capitais nacionais) torna-se sendo insuficiente para expandir as forças produtivas para além das formas de organização da produção existente. De outro lado, as conexões entre distribuição social da renda e crescimento do mercado interno tendem a manter a procura em níveis pouco propícios à diferenciação contínua e à elevação crescente dos índices produtivos. Apesar da “fome de bens de consumo”, dos incentivos que, em determinadas conjunturas, favorecem a substituição de importações e as tendências de integração do mercado interno, a elevada especulação e a alta capacidade ociosa formam um círculo visioso sobre o fraco poder de compra. Nesse quadro geral, as forças produtivas são inibidas, solapadas ou desorganizadas por outros fatores que dificultam a própria expansão do capitalismo, mas não põem em xeque as formas de organização da produção capitalista propriamente ditas. Nesse contexto, o arcaico e o moderno estabelecem várias espécies de fusões e de composições. Elas acabam por representar um meio de defesa do “produtor”, uma vez que os modos de produção arcaicos preenchem a função de manter uma linha de rendimento máximo, explorando-se, em limites extremos, o único fator constantemente abundante, que é o trabalho. Assim, sob o capitalismo dependente, a persistência de formas arcaicas não é uma função secundária e suplementar. A exploração dessas formas, e a sua combinação com outras, mais ou menos modernas e até ultramodernas, fazem parte do “cálculo capitalista” do agente econômico privilegiado.

No texto “Capitalismo Dependente e classes sociais na América Latina” (FERNANDES, 1981), Fernandes indica que há perda permanente das riquezas existentes e parcialmente acumuláveis, o que excluiria a monopolização do excedente econômico por seus próprios agentes econômicos privilegiados. O autor fala de uma sobreapropriação capitalista, repartindo o excedente entre os agentes econômicos internos e externos (ou seja, corresponde a um modelo de apropriação repartida, com drenagem sistemática de riquezas para fora). Esse processo promove, ao mesmo tempo, a intensificação da dependência e a redefinição

constante das manifestações do subdesenvolvimento, com a transposição das oligarquias tradicionais à plutocracia, na qual parceiros externos estão diretamente representados.

Assim, na visão de soberania, supõe-se que há interdependência vantajosa entre as nações, numa perspectiva passiva e complacente na relação com o capital internacional. As economias nacionais dependentes organizam-se basicamente em função de condições impostas pelo mercado mundial e, através dele, sempre em equilíbrio entre modos de produção arcaicos e modernos. Nessa conjuntura econômica e histórico-social, seus interesses econômicos somente prevalecem onde e quando não colidem ou coincidem com as tendências de concentração de poder e de monopolização das vantagens econômicas imperantes no mercado mundial (FERNANDES, 2008).

Esse arranjo bloqueou a dinamização econômica e política, impossibilitando a construção de uma ordem social nacional autônoma. Assim, o Estado brasileiro nasceu sob o signo de forte ambiguidade entre um liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática, no sentido da garantia dos privilégios de pequena parcela da população.

Florestan Fernandes caracteriza esse processo com o que ele denominou de dupla articulação, marcada, de um lado, pela subordinação da sociedade nacional aos países (e capitais) imperialistas e, de outro lado, pela necessidade da manutenção de um regime de segregação social no plano interno (FERNANDES, 1981). Behring e Boschetti (2011) discutem que, a partir dessas constatações, o autor caracteriza o *drama crônico* típico do capitalismo brasileiro, sendo que as impossibilidades históricas acabam por formar um círculo vicioso que tende a se repetir em quadros estruturais subsequentes. No momento em que não há ruptura definitiva com as organizações existentes e o padrão estabelecido anteriormente (de dependência e manutenção de gritantes desigualdades sociais), a cada passo o “passado” se reapresenta na cena histórica e acaba por negar ou neutralizar ações numa perspectiva de reforma ou transformação social.

Sampaio Jr. (1999), baseado na leitura de Florestan Fernandes, afirma que

O capitalismo dependente é, portanto, um capitalismo *sui generis* que se caracteriza pela reprodução de uma série de nexos econômicos e políticos que bloqueiam a capacidade de a sociedade controlar o seu tempo histórico. O problema é que a posição subalterna na economia mundial e a falta de controle social sobre o processo de acumulação comprometem as propriedades construtivas do capitalismo como motor do desenvolvimento das forças produtivas e exacerbam suas características anti-sociais, antinacionais e antidemocráticas (SAMPAIO JR. 1999 p. 90).

Segundo o autor, no capitalismo dependente existem contradições irreduzíveis que impedem que a sociedade nacional consiga submeter a acumulação de capital a seus desígnios. Assim, ele afirma que

o drama das economias capitalistas dependentes é que elas não satisfazem os pré-requisitos básicos para que as transformações capitalistas se processem como um fenômeno intrínseco ao espaço econômico nacional. Por um lado, a perpetuação de mecanismos de acumulação primitiva e a difusão desigual de progresso técnico fazem com que os produtores não tenham nem necessidade nem possibilidade de transformar a inovação na principal arma da concorrência. Por outro lado, a reprodução de uma superpopulação permanentemente marginalizada do mercado de trabalho torna a acumulação de capital incapaz de socializar os ganhos obtidos com os aumentos na produtividade do trabalho (Sampaio Jr. 1999 p. 90).

No momento em que há ruptura da articulação entre investimento e consumo, o autor afirma que as discontinuidades estruturais que caracterizam a evolução da economia capitalista não podem ser pensadas como o resultado da concorrência econômica, e sim como o produto da adaptação a mudanças que são exógenas à economia nacional.

Vale ressaltar, ainda, que as sociedades dependentes defrontam-se com uma série de barreiras externas e internas que limitam sua capacidade de absorver e controlar as transformações capitalistas. No entanto, as transformações difundidas pelo centro precisam de suporte econômico, socioculturais e morais que não podem ser artificialmente transpostos para a periferia. Assim, Sampaio Jr. (1999) reforça que os condicionantes externos não são capazes de definir unilateralmente o movimento das sociedades dependentes, sendo que os encaminhamentos de cada sociedade são determinados, em última instância, pelo modo como a sociedade periférica reage ao impacto dos dinamismos externos, negando-os, sancionando-os ou superando-os.

Desta forma, uma das contribuições de Fernandes é pensar o Brasil considerando sua formação social, problematizando como aspectos do passado podem ser, ou não, atualizados nos diferentes momentos históricos. Como não há ruptura definitiva com o passado e a forma de produção capitalista até então instituída (mantendo variados artifícios de conciliação entre a burguesia brasileira e a dos países imperialistas, à qual se subordina), em regra há autêntica negação ou neutralização de reformas. Observar esses aspectos, compreender como a questão social se manifesta e imprime as contradições de classe, e pensar como o Estado tem lidado com essas questões, através das políticas sociais implementadas, é um desafio essencial.

Com base nessas questões, tando no plano internacional como da singularidade da formação econômica do país, a partir de agora será apresentada uma síntese de três momentos da organização política e econômica do Brasil, cujos reflexos se fizeram sentir nos momentos da vida social que incluem a atenção à saúde: 1) aspectos das políticas sociais pré-1988 e a nova Constituição; 2) implementação da contra-reforma do Estado e das políticas de liberalização para o mercado a partir da década 1990; e, 3) a contra-reforma após 2003: entre a negação e o consentimento da liberalização do mercado.

Cada um desses tópicos tem uma grande amplitude de conceitos e sínteses que, por si, só apreendem novas dissertações e teses. Portanto, ao abordar esses momentos, não há a pretensão de esgotar o debate. Faz-se, aqui, somente o exercício de olhar para alguns elementos do contexto para subsidiar a discussão da política pública em saúde, objeto central desta dissertação.

1 Aspectos das políticas sociais pré-1988 e a nova Constituição

As primeiras experiências das políticas sociais em saúde no Brasil se deram baseadas em um modelo bismarkiano, sendo que quem dispunha de emprego registrado em carteira era portador de alguns direitos, orientados pela lógica contributiva do seguro. No início do século XX, não era possível identificar uma política nacional de saúde, sendo que as primeiras intervenções estatais seguiam duas lógicas: a saúde pública que conduzia campanhas sanitárias, e a medicina previdenciária, ligada aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), com o desenvolvimento de parcerias com saúde privada e filantrópica (BAHIA, 1997; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; CARDOSO, 2013; OLIVEIRA; FLEURY, 1986).

Behring e Boschetti (2011) indicam que o período de 1946-1964 foi marcado por forte disputa de projetos e pela intensificação das lutas de classe. É nesse período que se observa maior urbanização do país, acompanhando o processo de ampliação da indústria. Behring (2008) afirma que houve crise do poder burguês no início dos anos 1960, que foi resolvida a partir de três eixos: a articulação entre a iniciativa privada interna e o mercado mundial; a capacidade de mobilização social e política da burguesia como classe possuidora e privilegiada; a convenção do Estado em eixo estratégico da reconstituição do poder burguês, com concentração de poder político de classe e livre utilização do poder estatal por essa classe. Na avaliação de Fernandes (2008), o golpe militar, instituído em 1964, acabou sendo um meio de lidar com os conflitos entre as classes sociais, que marcava aumento da organização dos trabalhadores que ampliava a tensão para o crescimento do Estado, particularmente em suas funções econômicas. Assim,

estabeleceu-se o que o autor qualificou como autocracia burguesa, via pela qual o capitalismo monopolista se consolidou no Brasil.

Constata-se intenso salto econômico ligado a um projeto de internacionalização da economia brasileira, correlacionando a necessidade local com a necessidade imperiosa do capital de restaurar as taxas de crescimento dos esgotados “anos de ouro”, buscando nichos de valorização para além dos países do capitalismo central. Num intenso processo de substituição de importações, incentivado e conduzido pelo Estado, houve extraordinário crescimento de capital no país. Porém, devido à heteronomia, não havia perspectiva de divisão posterior (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Assim, apesar de se acirrem as contradições sociais no país e haver maior tensionamento da correlação de forças, a instituição da ditadura representou a implementação do projeto do grande capital, que levou à cristalização de características antissociais, antidemocráticas e antinacionais do capitalismo brasileiro (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; CARDOSO, 2013).

Verificou-se um processo de privatização, modernização e segregação, mantendo a lógica do período colonial. Cardoso (2013) afirma que as políticas e os processos econômicos instaurados se mostraram mais uma vez incompatíveis com os interesses coletivos da maior parte da população. Houve o predomínio da lógica dos negócios, fossem eles realizados pelos de dentro (como no caso das novas empresas médicas criadas no Brasil durante a ditadura), fossem realizados pelos de fora (como as indústrias transnacionais farmacêuticas que operaram sem restrições no Brasil).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), implementado ao longo da ditadura militar, dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada. Apesar de ser observada expansão da cobertura da política social brasileira, essa expansão foi conduzida de forma tecnocrática e conservadora. A expansão da medicina previdenciária deu-se, fundamentalmente, através da compra de serviços de terceiros com a lógica da remuneração por produção (BAHIA, 1997; CARDOSO, 2013; OLIVEIRA; FLEURY, 1986). BAHIA (1997) afirma haver, nesse período, a penetração de capital financeiro internacionalizado no cuidado à saúde, com a consolidação e estruturação de uma rede entre as empresas de pré-pagamento e o setor hospitalar¹¹. Nessa dinâmica de cuidado à saúde, impôs-se forte processo

¹¹ A rede hospitalar também se tornou mais privada, com caráter lucrativo. Cardoso (2013) traz os dados baseado no texto de Rodriguez Neto de que, em 1965, 84.494 leitos hospitalares eram públicos (37,9% do total) e 144.051 (62,1%) eram privados; já em 1975 a proporção dos leitos privados aumentou, sendo que 124.734 eram públicos (31,6% do total) e 270.048 (68,4%) eram privados. O autor ressalta, também, que, a partir de

de medicalização, com ênfase no atendimento curativo, individual e especializado, com articulação e incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientados pela lucratividade.

Andreazzi (2014) afirma que os principais interesses do grande capital na área de saúde, nesse período, estavam concentrados na produção, por empresas multinacionais de medicamentos e equipamentos biomédicos dos países do capitalismo central. Era necessário expandir pelo mundo, conquistando mercados antes cobertos por pequenas empresas nacionais, além de necessitar de um setor de serviços desenvolvido e subsumido a práticas norteadas por ciência e técnica influenciadas pela indústria. Dessa forma, num contexto em que o capital financeiro, sob condições monopolísticas, passou a determinar as ações do Estado brasileiro, situa-se o alinhamento aos interesses do capital, inclusive nas práticas de assistência à saúde.

Ou seja, as primeiras experiências de política de saúde brasileira surgem com caráter restritivo e fortemente ligadas ao setor privado. Vale ressaltar que a política pública, até então implementada, não tocava nos grandes dilemas nacionais expostos por Florestan Fernandes. Por um lado, não influía no combate da extrema desigualdade social, uma vez que tinha caráter bismarkiano em um contexto onde a grande parte da população não tinha emprego formal, sendo, portanto, restritivas, de modo que as assimetrias sociais não eram trabalhadas. Por outro lado, durante a ditadura, ampliou-se a situação de dependência externa, mantendo, nesse período, o controle absoluto do circuito político restrito a uma parcela da população. As ações desenvolvidas acabavam sendo fortemente comprometidas com o *status quo*, baseadas em uma racionalidade capitalista que se caracterizava pelo “intento de proteger a ordem, a propriedade individual, a iniciativa privada, a livre empresa e a associação dependente, vistas como fins instrumentais para a perpetuação do superprivilegiamento econômico, sociocultural e político” (FERNANDES, 1981 p. 108). Pode-se ver, inclusive na esfera da saúde, o que o autor chamou de *processo de modernização induzida*, cuja lógica foi ditada pelo desejo de copiar os modelos das economias mais avançadas e pela lógica instituída pelos países do capitalismo central.

1976, a proporção de consultas privadas contratadas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) é maior do que a dos serviços próprios, associada à tendência de ampliação da proporção de serviços complementares (como exames laboratoriais e de imagem) em favor da rede não própria. No final da década de 1980, era estimado que quase dois terços dos profissionais médicos em exercício possuíam consultórios ou trabalhavam como autônomos, sendo que participavam do modelo assistencial cooperado cerca de 30.000 médicos, em mais de 1.100 municípios (CAMPOS, 1997a).

Nesse período, entretanto, constituiu-se um novo movimento operário e popular que ultrapassou o controle das elites, interferindo na agenda política dos anos 1980, pautando aspectos concretos na Constituinte de 1988. Com esse movimento, foram reafirmadas as liberdades democráticas, a impugnação da desigualdade descomunal e a afirmação dos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde. Para Sader (apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011), a transição democrática brasileira diferenciou-se das outras na América Latina exatamente pelo fato de que as mudanças estruturais, engendradas pela industrialização e urbanização, criaram condições para o surgimento de um movimento operário e popular novo que foi decisivo para uma espécie de refundação da esquerda brasileira.

Esse movimento se concretizou a partir do avanço do movimento sindical e popular, representados pela fundação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983; pela luta da reforma agrária, com a criação do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), em 1984; com o fortalecimento da UNE (União Nacional dos Estudantes); além da constituição do Partido dos Trabalhadores (PT) em 1979 (ANDREAZZI, 2014; CARDOSO, 2013; MENEZES, 2014). Esse conjunto de organizações criou e fortaleceu entidades importantes para a organização das lutas coletivas da classe trabalhadora, colocando-se como alternativa de poder ao lado de uma fragmentação da burguesia brasileira.

Observa-se, então, a construção de cooperativas, o fortalecimento de comarcas comunitárias em comunidades locais, a formação de conselhos populares, dentre outros. Documentos do PT indicam que essas seriam formas embrionárias de poder proletário como tática para fortalecer as forças revolucionárias para disputar grande parte da população. Além disso, o PT indicava uma perspectiva socialista e afirmava que para a superação do capitalismo, além de uma organização de ampla parcela dos trabalhadores, também seria necessário colocar o poder político – o Estado – a serviço da classe trabalhadora, sem conciliação de classe, apontando para a burguesia como “inimiga principal das mudanças sociais e dos trabalhadores” (IASI, 2006).

Iasi (2006) afirma que, nesse período, são debatidas estratégias e táticas para superar os grandes dilemas nacionais. O PT, intrinsecamente articulado com os movimentos e entidades acima citados, afirmava que seria necessária a construção de um Projeto Democrático Popular¹² para um acúmulo de forças. Considerando que o Brasil se desenvolveu

¹² Segundo Iasi (2006) a proposta do Projeto Democrático Popular se diferenciaria da formulação que prevaleceu nos anos de 1950 e 1960 debatida em grande parte pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB), pela negação de aliança com a burguesia para realizar a “tarefa em atraso” de desenvolvimento das forças produtivas (numa perspectiva de superação por etapas, para desenvolver o capitalismo e criar condições futuras para revolução socialista). O projeto petista, nesse momento, se apresentava com o objetivo de constituir um “governo dos trabalhadores” que executaria um “programa democrático, popular e anti-imperialista”, na intenção de preparar

respeitando o monopólio da propriedade da terra, recorrendo frequentemente à força repressiva do Estado para mediar as relações entre o trabalho e o capital, integrando-se de modo subordinado ao mercado e ao sistema financeiro do imperialismo, o Projeto Democrático Popular seria uma estratégia para ganhar setores médios e o conjunto de assalariados para os quais não estava colocada na ordem do dia a luta pelo socialismo. Constituir-se-ia, assim, um contraponto à hegemonia burguesa com o estabelecimento de possível hegemonia popular. Há indicações de que a luta por reformas só seria um erro quando ela acabasse em si mesma.

Dantas (2015) afirma que, a partir dos anos 1980, coube ao PT dar os contornos finais a essa estratégia do Projeto Democrático Popular. A estratégia apontava para a necessidade da luta pelo socialismo, mas como mediação para a sua implementação sugeria a existência de etapa prévia que se expressaria na conquista do Estado pelos trabalhadores pela via democrática eleitoral e na realização, pelos mesmos trabalhadores, das rupturas necessárias. Assim, segundo o autor, o centro da estratégia seria o Estado, e a tática consistiria em ocupar os espaços institucionais e promover a luta na base, a um só tempo. Essa dupla articulação, a ser operada pelo partido, seria a estratégia que orientaria a ruptura com a hegemonia burguesa e a conquista do socialismo.

Especificamente na saúde, Paim (2007) caracteriza a diversidade do movimento. Ele indica que, no segmento popular, surgiram as mobilizações contra a carestia (“movimento do custo de vida”), os clubes de mães, os conselhos comunitários, as organizações na Zona Leste na periferia de São Paulo, muitos deles vinculados a setores progressistas da Igreja Católica, além do Movimento Popular de Saúde (MOPS). No segmento profissional, verifica-se mobilização de médicos residentes e o movimento de Renovação Médica (REME). Era possível verificar um segmento estudantil e intelectual, que contava com docentes inseridos nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública, além de pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para Progresso da Ciência (SBPC). Esses movimentos, segundo o autor, representavam antecedentes importantes da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), a qual apresentava, em seu projeto, uma relação para além da saúde, com dimensões tais como a Seguridade Social, a cidadania e as questões educacionais e científico-tecnológicas. Assim, promover saúde também implicaria “conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na

as condições para a ruptura socialista. Avaliava-se que as “tarefas em atraso” não deixaram de ser realizadas por uma incapacidade ou debilidade da burguesia, mas por não serem necessárias para o processo de acumulação do capital mundial. Para um debate mais aprofundado da proposta ler Capítulo 6 “As Metamorfoses da Consciência de Classe: O PT entre a negação e o consentimento”, de Iasi (2006).

sua modificação” (PAIM, 2007 p. 99). Ainda, pautar o direito à saúde “supunha mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubre e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços” (PAIM, 2007 p. 99). Santos (2013) afirma que, nos debates e posicionamentos políticos, as entidades e movimentos sociais assumiam a opção pelo SUS e não pelos planos privados que, na época, possuíam pequeno peso e expressão em comparação com o sistema previdenciário. Borges (2012) reforça essa perspectiva e discute que o movimento da RSB constituído nesse processo, não se reduz à construção do SUS, envolvendo a perspectiva de mudanças políticas, econômicas e sociais traduzidas pelo sistema, transcendendo as políticas estatais. Apesar de esses autores não fazerem referência direta ao Projeto Democrático Popular acima citado, faz-se aqui a leitura de que esses movimentos estavam constituídos e constituíam essa estratégia proposta.

Autores da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2011; OCKÉ-REIS, 2011) indicam que as matrizes discursivas para elaboração dos aspectos da saúde, na nova Constituição, tinham uma mescla de crenças socialistas e de perspectivas da social-democracia, inspirados nas experiências universalistas dos sistemas nacionais de saúde, sem fazer correlação com Projeto Democrático Popular, gestado na época. Campos (2011) descreve que o debate permeava a ampliação do Estado; planejamento e gestão de organizações e de sistemas com base em necessidades sociais, além de se contraporem à lógica competitiva do mercado; financiamento público e restrição de servidores. Segundo o autor, muitos dos princípios e diretrizes do SUS também se assemelham ao Relatório Downson, elaborado em 1920, na Grã-Betanha, que continha a noção do direito universal à saúde, a proposição de formas de financiamento público para esses sistemas, a utilização do conceito de sistema - rede de serviços - como modo de ordenar o cuidado, o conceito de atenção primária à saúde e a regionalização do atendimento, reafirmando a ideia de uma base keynesiana na sua formulação.

Foi nesse contexto que o SUS foi proposto e instituído a partir de 1988. O processo de redemocratização apresentou forte conteúdo reformista, no sentido de desenhar, na Constituição, políticas orientadas pelos princípios da universalização, responsabilidade pública e gestão democrática. Foi instituído o conceito de Seguridade Social (assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social) e dos direitos a ela vinculados, a exemplo da ampliação da cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais, agora no valor de um salário-mínimo; além do Benefício da Prestação Continuada (BPC) para idosos e pessoas com deficiência. Instituiu-se, também, uma série de inovações democratizantes como o novo estatuto dos municípios como entes federativos autônomos, os conselhos paritários de

políticas e de direitos e a instituição de um ciclo orçamentário que passou a comportar um Orçamento da Seguridade Social. Constituiu-se a formação legal dos direitos sociais no Brasil, pela primeira vez sob inspiração Beveridgiana (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011). Como apresentado anteriormente, o SUS, através das Leis nº 8080 e 8142, de 1990, estabeleceu princípios e diretrizes na perspectiva do cuidado universal, integral e com equidade, considerando a participação da comunidade, propondo ações e serviços que integram uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada de saúde (PAIM, 2007; SANTOS, 2013).

Cardoso (2013) se refere à RSB, entretanto, como retomada do reformismo na saúde, dentro do contexto específico dos movimentos de oposição ao regime militar, com projeto político para enfrentar o direito à saúde como necessidade social. Segundo o autor, parte desse movimento imaginava ser possível a instituição de um planejamento racional dos serviços públicos, sem transformação radical da estrutura então vigente. Dessa forma, supunha-se que a integração de instituições com políticas e interesses distintos fosse não só viável como suficiente para instaurar novos estilos de gestão da coisa pública. Segundo avaliação do autor, esse processo não criou condições para o enfrentamento das contradições decorrentes do predomínio da lógica de liberalização do mercado que estava sendo instituída a nível internacional, verificando que, apesar da instituição do SUS, em 1988, manteve-se a tendência de crescimento das formas privadas de atenção à saúde, em especial do seguro saúde, como diferenciais de atenção para setores expressivos das camadas médias urbanas. Sendo assim, o autor constata um processo que representou um golpe na proposta reformista de seguridade social.

Behring e Boschetti (2011) indicam, nesse sentido, que a Constituinte de 1988 foi um processo duro de mobilizações e contramobilizações de projetos e interesses mais específicos. As autoras relatam, assim, que o texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, mas mantendo fortes traços conservadores, como a ausência de enfrentamento da militarização do poder no Brasil, a manutenção de prerrogativas do Executivo, com medidas provisórias e na ordem econômica. Assim, a Constituinte tinha aspectos pragmáticos e ecléticos, com uma espécie de híbrido entre o velho e o novo, compondo as diferentes perspectivas. Mesmo no campo da política social, segundo as mesmas autoras, como produtos de uma correlação de forças desfavorável, constataram-se orientações que deram sustentação ao conservadorismo como indicado acima.

Gomes (2014) explicita que, por mais que a saúde tenha se tornado “um direito de todos e um dever do Estado”, isso não significou a proibição da atuação privada na área de saúde, mantendo a autorização da venda de serviços de saúde, com finalidade lucrativa e comercial, no livre mercado. Assim, segundo o autor, é possível identificar, no ordenamento jurídico brasileiro, dois regimes jurídicos distintos que regulamentam as atividades de saúde: o regime público (estabelecido pela lei orgânica e os princípios e diretrizes do SUS) e o regime privado. Percebe-se, então, que a iniciativa privada também não foi proibida de atuar no âmbito do SUS, pelo contrário, a presença de entidades privadas foi permitida e legalmente autorizada, ainda que fosse indicado que essa seria de forma excepcional, para complementar a prestação de serviços de saúde quando o Estado não conseguisse suprir com sua própria estrutura as demandas dos usuários. Mantém-se, de alguma forma, a lógica de convênios ou contratos de gestão com a iniciativa privada para prestação de serviço público (saúde complementar), além da atividade econômica privada (saúde suplementar).

Campos (2011) afirma que aqui se deu de modo contrário a alguns países que implementaram uma rede pública de saúde, como Portugal ou Grã-Bretanha, que nacionalizaram a rede privada e filantrópica de hospitais. Ele aponta a não nacionalização da rede privada e filantrópica de hospitais como um dos exemplos da ambiguidade da implantação do SUS e da perspectiva híbrida que delineava a Constituição 1988.

Nesse sentido, Ocké-Reis (2011) afirma que a existência de sistemas públicos e privados concorrentes permitiu que parte dos cidadãos tivesse cobertura por planos privados de saúde e, ao mesmo tempo, pudesse utilizar os serviços do SUS. Essa concorrência entre sistemas resultou em dupla cobertura para aqueles que têm acesso à cobertura do setor privado, levando a uma série de questões: dificuldade na regulação (ausência de planejamento); elevação dos custos com duplicação de procedimentos médico-hospitalares, renúncia de arrecadação fiscal, boicote ao ressarcimento, socialização dos custos a partir de bens públicos, como o banco de sangue; dificuldade na organização dos profissionais de saúde; dificuldade na incorporação de tecnologia (pressão do complexo médico industrial privado); e dificuldade à equidade de acesso (dupla porta de entrada). O autor afirma que o desenho proposto veio a ser uma contradição da Constituição.

Segundo Behring e Boschetti (2011), ainda que os anos de 1980 sejam lembrados como período de conquistas democráticas, também são conhecidos como a década perdida do ponto de vista econômico. Nesse período, o Brasil interrompia um longo ciclo de expansão das forças produtivas, durante o qual a economia havia ampliado seu mercado interno. Encontrava-se em um momento em que se deparava com a incapacidade estrutural de suportar

a concorrência internacional, o que tornava o Brasil e outros países periféricos extremamente vulneráveis aos processos de desestruturação produtiva¹³. Nesse contexto, os investimentos externos geraram ilhas de prosperidades, uma vez que ocorriam desarticulados do conjunto da economia (SAMPAIO JR., 2007).

Dantas (2015) relata que, em meio a esse processo, houve o esfacelamento do Bloco Socialista e enfraquecimento da esquerda ante os impasses colocados. Mesmo assim, os movimentos sociais e partidários de esquerda apostaram grandes esforços na tática institucional, o que Dantas afirma evidenciar o que Engels caracterizou como “fé supersticiosa no Estado”. O autor relata que, nesse contexto, uma vez redemocratizado o Estado e, em função da luta social, viabilizada a entrada no aparelho de Estado (muitos municípios tinham gestores de esquerda que lutaram e buscavam instituir as conquistas da Constituição), o trabalho de base e a permanente organização da classe trabalhadora foram tornando-se crescentemente secundários. Observa-se que até mesmo o movimento RSB institucionalizou-se, ocupando postos-chave da máquina do Estado como meio principal de realização de suas bandeiras, desmerecendo a centralidade de um contínuo trabalho de base que pudesse sustentar a musculatura do processo de reforma (DANTAS, 2015; PAIM, 2007).

2 Implementação da Contra-Reforma do Estado e das políticas de liberalização para o mercado a partir da década 1990

Como já apresentado, após a década de 1980, configurou-se um novo contexto econômico, político e ideológico, no qual a liberalização do mercado impôs-se como doutrina com a instituição do Consenso de Washington. Nesse contexto, observa-se, também, momento regressivo das lutas sociais a nível internacional, acompanhado da queda do Muro de Berlim e intensos questionamentos sobre o Estado Social nos países europeus. Nos anos 1990, observa-se abertura econômica e ampliação do processo de desestatização e privatização com diferentes configurações, a depender dos arranjos em cada local, com implementação de “reformas” de modernização do Estado (ANDREAZZI, 2013; BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; BORGES, 2012; CARDOSO, 2014; MINTO, 2005).

¹³ Para exemplificar esse processo, a política da década de 1980 traduziu-se na transferência para o exterior de grandes montantes de dinheiro, sob a forma de juros (US\$150 bilhões) e no aumento da dívida externa (de US\$64,2 bilhões para US\$115,10 bilhões). Além disso, verificou-se aumento da dívida pública interna (de 4,2% do PIB, em 1980, para 15% do PIB, em 1989), queda na taxa de crescimento e ampliação na concentração de renda (o coeficiente gini subiu de 0,59 para 0,64, entre 1980 e 1989) (BORGES, 2012). Behring (2008) indica que, se a maior parte da dívida foi contraída pelo setor privado, houve na sequência crescente socialização da mesma, com a estatização de dois terços da dívida externa. Observa-se baixo nível de investimento privado e público, sem solução consistente para o endividamento.

Esse contexto refletiu-se no Brasil, sendo que Behring (2008) afirma que tal período é marcado por nova ofensiva burguesa brasileira, na perspectiva de recompor a hegemonia burguesa no país, mais uma vez adaptando-se às requisições do capitalismo mundial.

Pode-se indicar que o sentido do ajuste estrutural capitalista dos anos 1990, com todas as suas consequências para a política social, foi sendo delineado nas décadas anteriores. Embora no Brasil tenham ocorrido conquistas constitucionais, asseguradas pelo forte movimento social da redemocratização, consolidaram-se, também, as condições políticas e econômicas, as quais implicaram um giro conservador para a liberalização do mercado, dificultando a implantação real dos princípios democráticos e de direitos presentes na Constituição de 1988 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Assim, os avanços jurídico-constitucionais não tiveram correspondência na execução da política, fundamentada pela maneira como os governos¹⁴ atuaram, no sentido de dificultar o andamento das “reformas” (AMADIGI et al., 2007).

Apesar da instituição do marco legal do SUS, já no começo na década de 1990, autores da área da Saúde Coletiva faziam ponderações sobre a correlação de forças e os projetos em questão. Campos (1997) traz, em publicação de 1991, contradições do modelo liberalizante que estava sendo implementado e faz a ressalva ao fato de o SUS ser proposto no Brasil em um momento em que eram levantadas sérias dúvidas em todo o mundo sobre a capacidade do Estado para produzir bens e serviços. O autor afirma que esse processo exigiria tanto o esforço de criação de viabilidade técnica, política e financeira, como reflexão sobre o modo de sua implementação. Para ele, seria ingenuidade pensar na possibilidade de simples assimilação adaptativa de experiências socialistas ou social-democratas à realidade local.

Cardoso (2013) frisa que, nesse contexto, há uma incompatibilidade da edificação de um Estado Social no Brasil nos moldes ocorridos nos países capitalistas centrais. Apesar dos movimentos terem consolidado na Constituição de 1988 uma diretriz para a política de saúde, reconhecida como um direito universal, não havia bases materiais, políticas e perspectivas econômicas para a sua implementação na maneira proposta inicialmente. Essa análise é compartilhada inclusive por movimentos sociais, como o Cebes¹⁵ que, em um de seus documentos, afirma que as forças sociopolíticas nos anos 1980 foram suficientes como

¹⁴ Em anexo, apresentação dos presidentes do Brasil a partir da redemocratização do país.

¹⁵ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes - é entidade nacional criada em 1976, que reúne ativistas, lideranças, pesquisadores, professores, profissionais e estudantes. Indicam que, “em conjunto com outras entidades parceiras na luta pela saúde, o Cebes forma o movimento da reforma sanitária brasileira, e produz e divulga informações, conhecimentos e análises críticas em saúde voltados para fortalecer sujeitos instituintes por meio da ampliação do pensamento crítico e da consciência sanitária, elementos essenciais à prática e ação política” (informações retiradas do site <http://cebes.org.br/> acessado 20/09/2015).

“instituintes”, a fim de que a Seguridade Social e o SUS fossem “instituídos” na Constituição. No entanto, a partir dos anos 1990, nova correlação de forças na sociedade e no Estado abalou essa suficiência, ao ponto de o SUS instituído não contar com forças da sociedade e do Estado necessárias à sua plena realização (CEBES, 2011a).

Assim, a partir da década de 1990 até os dias de hoje, observa-se o que se denomina contra-reforma do Estado, havendo redirecionamento das conquistas de 1988 (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Como apresentado na introdução desta dissertação, a premissa aqui assumida é a de que as contra-reformas são instrumentos do capital para solucionar as crises do modo de produção capitalista. As ações a serem implementadas favoreceram a reprodução do capital e a acumulação dos capitais nacional e internacional. Em relação à política social, a diretriz mantém o caráter focalizado e de natureza mercantil (que já vinha sendo implementado antes da Constituição de 1988). Além disso, a escolha dos participantes desses programas subordina-se a critérios ditos “técnicos”, definidos a depender do governo e do tamanho do ajuste fiscal na ocasião. Recomendada pelos organismos internacionais, a diretriz está centrada na racionalização de gastos na área social e no fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos, com transferência do fundo público ao setor privado de diferentes maneiras.

Costa e Peci (1999) indicam ainda que, ao tomarem o imperativo orçamentário como o principal motor da “Reforma” do Estado, orientaram-se as mudanças em direção ao ajuste fiscal. Este processo contou com, pelo menos, três estratégias: 1) a “Reforma” Patrimonial, pela transferência de ativos para o setor privado, sobretudo através da privatização de empresas e de investimentos públicos; 2) a “Reforma” Tributária, voltada para o aumento da receita, através de mudanças na estrutura e incidência de impostos, além de melhoria do processo de arrecadação; e 3) “Reforma” Gerencial, dirigida para o aumento da eficiência do gasto público.

Isso pode ser verificado através de documento oficial com relato do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)¹⁶ de um seminário realizado pelo Ministério da Fazenda, em 1992 (HOLANDA, 1993). Nesse seminário, apontou-se que, na maioria dos países do mundo, o setor público atravessava período de grave crise financeira e institucional, devido ao descompasso entre demandas sociais e capacidade fiscal do governo. Isso se manifestava

¹⁶ O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) é uma fundação pública federal vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, que desenvolve pesquisa de maneira a fornecer suporte técnico e institucional às ações governamentais para a formulação e reformulação de políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros (informações retiradas do site http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1226&Itemid=68 acessado em 05/09/2015).

também no caso brasileiro e apontava-se: a importância de revisão das funções do governo; a redefinição dos encargos de União, estados e municípios; a privatização de empresas estatais; o desenho de um novo sistema de seguridade social; a reforma tributária; e o aprimoramento das relações institucionais entre o Executivo e o Legislativo. Afirmava-se ser “necessário implementar um programa de reformas que permita controlar, rigorosamente, os orçamentos, aumentar a eficiência e concentrar os recursos nos grupos de beneficiários mais pobres” (HOLANDA, 1993 p. 28).

Fica claro que a intenção era apresentar propostas de políticas focalizadas, sem a perspectiva da Seguridade Social com caráter universal. Contraditoriamente ao discurso de controle de gastos apresentado, o relatório indica, também, que, embora os programas de privatização possam fazer parte de “reformas” mais amplas da estrutura e das finanças governamentais, o objetivo principal seria obter ganhos de eficiência e produtividade nas empresas privadas, não sendo necessariamente uma forma de reduzir os gastos públicos. Faz-se, inclusive, referência a que, em alguns casos, para tornar viável a privatização, o governo possa fazer investimentos adicionais, com o *objetivo básico de aumento de eficiência*. Fica explícita a lógica de fortalecimento do mercado e da subvenção estatal para a iniciativa privada, processo esse já iniciado na década de 1980¹⁷.

Behring e Boschetti (2011) afirmam que, embora os governos tenham utilizado o termo *reforma* para implantação do projeto nos anos 1990, elas partem da perspectiva de que se esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista. Todos os processos em curso estavam destituídos de seu conteúdo redistributivo de viés social-democrata (onde termo é gestado). Assim, era como se o termo estivesse sendo submetido “ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sócio-histórica” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 149).

Segundo as autoras, propagou-se, na última década do século passado, tanto na mídia falada e escrita como nos meios políticos e intelectuais brasileiros, campanha em torno de

¹⁷ Costa e Peci (1999) indicam que as primeiras ações em direção à privatização começaram a ser tomadas pelo governo Figueiredo (1979), através do Decreto nº 83.740, com a criação do Programa Nacional de Desburocratização. Os autores indicam ainda que, em 1981, foi criada também a Secretaria Especial de Controle das Empresas Estatais (SEST) com o objetivo principal de controlar os gastos e investimentos dessas empresas estatais. Essa secretaria, na época, fez um levantamento de 505 instituições sob controle público federal, das quais 268 eram empresas estatais. Um terço dessas era de origem do setor privado e que, após a falência, haviam sido assumidas pelo setor público. Nesse mesmo ano, foi instituída a Comissão Especial de Desestatização que, além de restringir a criação de empresas estatais, estabeleceu diretrizes para transferência de empresas públicas para o setor privado. Durante o governo Figueiredo, foram desestatizadas 42 empresas. Os autores indicam ainda que, em 1985, constituiu-se o Conselho Interministerial de Privatização, com o objetivo de aumentar a transparência e o apelo político do processo de privatização, sendo seguido pelo Programa Federal de Desestatização, em 1988.

“reformas”. A perspectiva era de que, “reformando-se” o Estado, com ênfase especial nas privatizações e modificações na Seguridade Social (uma vez que a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada), estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade”. Assim, tratou-se de fazer “reformas” orientadas para o mercado, onde eram apontados os problemas no âmbito do Estado brasileiro como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país, desde o início de 1980.

Nesse processo, não houve ruptura com a heteronomia e com o drama social instituído durante os anos anteriores. Já no início da década, em junho de 1993, o governo federal implementa o PAI – Programa de Ação Imediata – iniciando a primeira fase do Programa de Estabilização Econômica, conhecido como Plano Real. Após um ano dessa medida, a moeda que lhe empresta o nome, o Real, entra em vigor. Behring (2008) descreve que houve sobrevalorização cambial, acompanhada pela abertura comercial, levando a um processo de diminuição da autoridade monetária nacional e captação permanente de recursos no exterior para equilibrar a balança de pagamentos. Observa-se tendência de aumento da taxa de juros para atrair capital especulativo, o que, segundo a autora, promove ampla transferência de lucro para setores improdutivos. A desproporção da acumulação especulativa e base produtiva real (com o aumento de investimento no setor especulativo) acaba por recair no Estado, na forma de crise fiscal e compressão de gastos públicos em serviços essenciais, além da alienação e desnacionalização do patrimônio público. Assim, observa-se toda uma reorganização do setor produtivo, com grande privatização do setor industrial brasileiro. A autora afirma que a engenharia do Plano Real levou ao bloqueio das possibilidades de desconcentração de renda. Behring e Boschetti (2011) interam ainda que, enquanto a política econômica corroía aceleradamente os meios de financiamento do Estado brasileiro, verificava-se a inserção do país na ordem internacional, o que o deixou à mercê dos especuladores no mercado financeiro.

Os governos dos Presidentes Sarney, Collor e Franco representariam período associado à desestatização das empresas industriais, sendo que, nessa primeira fase do processo, ainda não se discutia o novo papel do Estado, através da “reforma” gerencial. Verifica-se o abandono das funções tipicamente empresariais do setor produtivo estatal, prevalecendo o discurso de que o mercado pode desempenhar um papel com maior eficiência.

Behring e Boschetti (2011) reforçam essa ideia e relatam que, para legitimar e facilitar as privatizações, criou-se uma concepção “antipúblico”. Indicam que essa caracterização de que o serviço público era ruim não era algo difícil de expor, haja vista como se deu a expansão do Estado brasileiro no período ditatorial. Alguns argumentos que estiveram

presentes como justificativa dos processos de privatização eram: atrair capitais, reduzindo a dívida externa; reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado.

Behring (2008) afirma que, nesse processo, as empresas de serviços – privatizadas e desnacionalizadas – passaram a importar equipamentos e peças, alimentando o desequilíbrio da balança comercial e a vulnerabilidade aos choques externos. A autora afirma que o governo não impôs qualquer taxa de nacionalização dos componentes, como regras para as privatizações ou fusões de modo a evitar essa tendência e proteger a indústria nacional. Assim, além desse desequilíbrio da balança comercial, considerando que parte da economia passa a ser controlada por “não residentes”, o Estado nacional perde a sua margem de manobra na definição de políticas e estratégias, ampliando o padrão de intervenção estatal pautado pela atratividade e pela inserção passiva no processo de mundialização. Assim, essa autora avalia que há ampliação da trajetória heterônoma.

É no governo do FHC que o processo de privatização do setor industrial estatal é finalizado. Em planos de governo, reafirma-se que, no setor de bens e serviços para o mercado, a produção deverá ser, em princípio, realizada pelo setor privado, reforçando a ideia de que só deve ser estatal a atividade que não puder ser controlada pelo mercado; e que o Estado deve assumir caráter regulador e transferidor de recursos e não um Estado executor (BRESSER PEREIRA, 1997a). Nesse período, observa-se aumento da participação do capital estrangeiro nas privatizações, sendo que Costa e Peci (1999) trazem como exemplo a privatização da Light, que se deu com 61% de capital externo; e, no caso da Gerasul, o capital estrangeiro assumiu 100% da compra. Entre 1995 e 1998, segundo Behring (2008), houve cerca de 1.500 processos de aquisição e fusão, com participação majoritária do capital estrangeiro em 59% deles, atingindo mais profundamente os setores de mineração, material eletrônico, elétrico e de comunicações, autopeças e produtos alimentícios diversos.

Werneck (2006) apresenta em seu trabalho as empresas estaduais que passaram pelo processo de privatização entre 1996 e 2000. A título de ilustração, apresenta-se a lista das empresas, com identificação do setor, estado, ano em que se efetivou a privatização e o valor da venda (Tabela 1).

Tabela 1 - Listagem de empresas estaduais que sofreram privatizações entre os anos 1996 e 2002, com identificação do setor, estado de sua localização, ano em que se efetivou a privatização, o valor da venda em dólares e cifras em milhões e a dívida transferida

PRIVATIZAÇÕES ESTADUAIS (1996-2002) EM US\$ MILHÕES						
Setor	Estado	Mês/Ano	Valor	Dívida transferida	Total	
Elétrico	RJ	Nov-96	587	364	951	
Elétrico	BA	Jul-97	1598	213	1811	
Elétrico	RS	Out-97	1486	149	1635	
Elétrico	RS	Out-97	1372	64	1436	
Elétrico	MS	Nov-97	565	218	783	
Elétrico	MT	Nov-97	353	461	814	
Elétrico	SP	Nov-97	2731	102	2833	
Elétrico	RN	Dez-97	606	112	718	
Elétrico	SE	Dez-97	520	40	560	
Elétrico	CE	Abr-98	868	378	1246	
Elétrico	SP	Abr-98	1777	1241	3018	
Elétrico	PA	Jul-98	388	116	504	
Elétrico	SP	Jul-98	1273	428	1701	
Elétrico	SP	Set-98	860	375	1235	
Elétrico	SP	Jul-99	682	482	1164	
Elétrico	SP	Out-99	472	668	1140	
Elétrico	PE	Fev-00	1004	131	1135	
Elétrico	MA	Jun-00	289	158	447	
Elétrico	PB	Nov-00	185	-	185	
Energia	GO	Set-97	714	140	854	
Ferrovário	PR	Dez-96	25	-	25	
Financeiro	RJ	Jun-97	289	-	289	
Financeiro	MG	Ago-97	112	-	112	
Financeiro	MG	Set-97	494	-	494	
Financeiro	PE	Nov-98	153	-	153	
Financeiro	BA	Jun-99	147	-	147	
Financeiro	PR	Out-00	869	-	869	
Financeiro	PB	Nov-01	29	-	29	
Gás	RJ	Jul-97	430	-	430	
Gás	RJ	Jul-97	146	-	146	
Gás	SP	Abr-99	988	88	1076	
Gás	SP	Nov-99	143	-	143	
Gás	SP	Abr-00	298	-	298	
Saneamento	AM	Jun-00	106	-	106	
Seguros	RS	Nov-97	45	-	45	
Telecomunicações	RS	Jun-98	1018	822	1840	
Transporte	RJ	Dez-97	262	-	262	
Transporte	RJ	Fev-98	29	-	29	
Transporte	RJ	Jul-98	240	-	240	
Transporte	RJ	Out-98	67	-	67	
Subtotal			24220	6750	30970	
Venda de participações minoritárias			3728	-	3728	
Total			27948	6750	34698	

Tabela retirada de Werneck (2006). Fonte: BNDES.

Costa e Peci (1999) fazem a ressalva de que, apesar de um dos principais argumentos em favor da privatização ser a impossibilidade do Estado em continuar investindo em vários setores de sua atuação, observa-se que o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) continuou a emprestar dinheiro para as empresas privadas do setor de

infraestrutura, com a justificativa de que, nesse setor, existia demanda reprimida. Nesse sentido, Behring (2008) afirma que há predominância do investimento produtivo com a contrapartida de fortes investimentos estatais, no entanto, esses investimentos corroem o orçamento público e resultam no desmonte da cadeia produtiva instalada, considerando que as empresas transnacionais tendem a não comprar insumos nacionais (ampliando o desequilíbrio da balança comercial, o endividamento privado do Estado e a vulnerabilidade externa).

Sampaio Jr. (2007) descreve esse processo como sendo uma reversão neocolonial, como explicitado anteriormente, com privatização da indústria e ampliação do capital estrangeiro no país, que reforçam o desenvolvimento dependente, mantendo a heteronomia e a combinação do arcaico e do moderno, como descrito por Florestan Fernandes. Nas palavras do autor

Sem sustentação externa e sem base material interna para sustentar o seu poder de classe, as burguesias dependentes estão se convertendo em burguesias que vivem de intermediar negócios de compra e venda de mercadorias no mercado internacional, de patrimônio público e privado e de ativos financeiros. Isso explica a desfaçatez com que grandes potências, direta ou indiretamente, pressionam as economias dependentes a se adaptar incondicionalmente às suas exigências; bem como a docilidade com que tais pressões são recebidas pelos mandatários-títeres de plantão (SAMPAIO JR., 2007 p. 147).

Borges (2012) relata que esse processo se materializou inclusive por meio dos acordos de livre comércio, regionais ou bilaterais, estabelecidos e balizados pela Organização Mundial do Comércio (OMC). Na prática, verifica-se quebra de regras que protegiam a indústria dos países dependentes, contra os produtos e serviços das grandes corporações. O autor indica haver duas frentes claras: “desmantelamento da indústria dos países periféricos e ampliação de mercado para os países centrais” (BORGES, 2012 p. 59).

Em 1993, o Banco Mundial indica, no seu relatório, a proposta de introdução de um pacote básico de medidas consideradas custo-efetivas que o Estado deveria bancar por meio de impostos, sem cobrança aos cidadãos. Reforça-se a perspectiva da focalização das ações nos países pobres, promovendo a separação entre financiamento e provisão de serviços, visando a reestruturação do papel do Estado como regulador de redes de unidades privadas e públicas (ANDREAZZI, 2013).

A saúde ainda se via ameaçada pela proposta de revisão constitucional através de diversas medidas provisórias (PAIM, 2007). Além disso, Borges (2012) afirma que, para o setor saúde, era defendida a sua “harmonização”. Isso significaria a diminuição de barreiras

para produtos hospitalares, medicamentos, proteção de patentes e *softwares*, dentre outras mercadorias vinculadas às indústrias da área da saúde, além de permissão para a instalação de organizações transnacionais, permitindo a entrada de administradoras de hospitais e seguros privados, de acordo com os tratados internacionais de tarifas e comércio (como o North American Free Trade Agreement – Nafta - em português Tratado de Livre Comércio da América do Norte).

Documentos oficiais, como texto preparado para exposição no Plenário do Senado Federal sobre a “Reforma” da Administração Pública (BRESSER PEREIRA, 1997a), indicam que, apesar de se debater desde o começo da década sobre processos da “Reforma” do Estado, essa só se tornou tema central no Brasil em 1995, com o governo do Presidente FHC. O principal documento orientador foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) (BRASIL, 1995), baseado nas formulações de Bresser Pereira que estava à frente do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE).

Reforça-se o argumento de que havia uma crise da administração pública burocrática desde o regime militar, mas que essa emergiu com toda a força depois de 1988 com enrijecimento burocrático extremo. No governo de FHC prevaleceu o discurso de que a “Reforma” se tornaria condição com a “consolidação do ajuste fiscal” e existência no país de um “serviço público moderno” (BRESSER PEREIRA, 1997b). Explicita-se a importância de integração com a economia mundial, mas indica a necessidade de certa mediação estatal em algumas áreas sociais, como educação, saúde e cultura. Defende-se, portanto, que

a crise do Estado impôs a necessidade de reconstruí-lo; a globalização, o imperativo de redefinir suas funções. Antes da integração mundial dos mercados e dos sistemas produtivos, os Estados podiam ter como um de seus objetivos fundamentais proteger as respectivas economias da competição internacional. Depois da globalização, as possibilidades do Estado de continuar a exercer esse papel diminuíram muito. Seu novo papel é o de facilitar para que a economia nacional se torne internacionalmente competitiva. A regulação e a intervenção continuam necessárias, na educação, na saúde, na cultura, no desenvolvimento tecnológico, nos investimentos em infraestrutura - uma intervenção que não apenas compense os desequilíbrios distributivos provocados pelo mercado globalizado, mas principalmente que capacite os agentes econômicos a competir a nível mundial (BRESSER PEREIRA, 1997a p. 7 e 8).

Bresser Pereira (1997a, 1997b) aborda a possibilidade de uma terceira via, nem liberal e nem intervencionista (com a consolidação de um “novo Estado” social-liberal), cuja

existência está condicionada aos processos de privatização que, segundo o Plano, não seria algo ruim, mas uma solução natural, seguida pela liberalização comercial. Além disso, propõe-se um *pacto de modernização*, com a articulação da liberalização comercial, as privatizações e programa de estabilização monetária (Plano Real), com a “Reforma” da administração pública e as novas propostas gerenciais (BEHRING, 2008).

Segundo Minto (2005), a preocupação central de Bresser Pereira era a de construir um Estado que se adequasse às necessidades históricas do processo mundializado de acumulação do capital. Não ignorava algumas especificidades da formação histórica do capitalismo no país, e não colocava totalmente em cheque a importância estratégica do Estado e das políticas públicas (perspectiva que, de alguma forma, possibilita certo desvio da ideologia radical de liberalização do mercado que defende o “Estado mínimo”). Assim, construía-se uma proposição que explicitava a necessidade do fundo público manter-se como pressuposto da acumulação no sistema capitalista.

Bresser Pereira (1997b) afirma que, entre essa “reforma” do Estado brasileiro e o neoliberalismo existem apenas coincidências como, por exemplo, a necessidade crescente de cortar despesas. Entretanto, não parece ser mera coincidência algumas semelhanças. É facilmente identificado, no discurso e na proposta da época, a presença da lógica da Administração Pública Gerencial, utilizada para exercer um tipo de controle social pautado explicitamente pelos critérios do mercado e da produção de mercadorias, voltada para a “obtenção de resultados”.

Apesar de os documentos fazerem a diferenciação da “Reforma” do Estado brasileiro com as políticas neoliberais, Borges (2012) afirma que “a visão eufemística do Estado neoliberal do governo Fernando Henrique não fugiu, em momento algum, do tripé liberalização do mercado, privatização e desregulamentação” (BORGES, 2012 p. 138). Behring (2008) também explicita o discurso contraditório de Bresser em relação a um “novo Estado” social-liberal como alternativa ao neoliberalismo, apontando como incongruência o fato de se fazer uma análise isolada da “reforma” do Estado no aspecto gerencial, não considerando que essa foi implementada conjuntamente com uma série de arranjos macroeconômicos através do Plano Real.

Também em relação à “reforma” gerencial, dirigida para o aumento da eficiência do gasto público, observa-se forte discurso de Bresser Pereira em relação aos desafios de “modernizar a administração pública”. Como dito anteriormente, deveria ser potencializada a passagem de uma administração burocrática para uma administração “gerencial”, para tornar a administração pública eficiente sob os critérios do mercado, com o Estado atuando enquanto

regulador das atividades econômicas. Essa modernização ou o aumento da eficiência da administração pública, seria resultado de um complexo projeto de “reforma” no setor dos serviços “não exclusivos” do Estado.

A “reforma” propunha manter sob administração direta o núcleo estratégico do Estado, como o legislativo, judiciário, a presidência e os ministérios, além de alguns serviços que seriam considerados exclusivos do Estado, como polícia, fiscalização, fomento e seguridade social básica. Os demais serviços, como área da saúde, educação, centros de pesquisa e alguns serviços de cultura não precisariam ser ofertados exclusivamente pelo Estado, compondo o setor dos serviços “não exclusivos”.

Bresser Pereira (1997a) afirmou que esse processo de passar a gestão direta para entidades executoras corresponderia ao processo de *publicização*. Afirma, assim, que, na nova configuração, as formas de propriedade relevantes não seriam apenas duas, como geralmente se pensa a divisão clássica do Direito entre Direito Público e Privado. Com as medidas, seria possível categorizar três perspectivas de propriedade: (1) a propriedade privada, voltada para a realização do lucro (empresas) ou do consumo privado (famílias); (2) a propriedade pública estatal; e (3) a propriedade pública não estatal.

Foi previsto descentralizar a administração pública através da implantação de “agências autônomas” e novos modelos de gestão (inicialmente através das “organizações sociais”), controladas por contratos de gestão. É através desses que se definiria os objetivos das entidades executoras e os respectivos indicadores de desempenho (BRESSER PEREIRA, 1997a). Segundo Behring (2008), a perspectiva gerencial, explicitada no plano da “reforma”, introduz a eficiência e a qualidade como cultura da administração pública, inspirada em elementos empresariais; o seu controle era previsto para ser feito pelos resultados e não pelos processos.

Assim, faz-se a proposição de consolidar uma *publicização* em contraposição a práticas de privatização clássica em torno das políticas sociais (que seriam o fundamento de uma administração estatal em benefício das classes mais poderosas). Postula-se a ideia de uma *administração gerencial*, inspirada nos critérios do setor privado, da eficiência, do mercado, mas garantindo a promoção dos bens públicos e semipúblicos, de forma direta ou indireta. Preconiza-se um Estado mediado pelos critérios do privado, do mercado, mas justificado em nome da “proteção” da democracia, isto é, contra as práticas de “privatização” *stricto sensu* do bem público (MINTO, 2005).

Há indicativos, portanto, de que a “reforma” significaria limitar algumas das funções do Estado como produtor de bens e serviços, e, em menor extensão, ampliar seu papel como

regulador, priorizando suas funções no financiamento de organizações públicas não estatais, para realização das atividades de direitos humanos básicos que necessitem ser subsidiadas (BRESSER PEREIRA, 1997b). Assim, essas estratégias de “Reforma” do Estado no Brasil corresponderam a um movimento mais geral no sentido de constituir um suposto setor público “não estatal” que se responsabilizaria pela execução dos serviços que não envolvessem o exercício do poder de Estado, mas que deveriam ser subsidiados pelo mesmo (AMADIGI et al., 2007; ANDREAZZI, 2013; CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003).

A fim de apresentar graficamente a proposta das modificações do Estado previstas no PDRE, a Figura 1 sintetiza as formas de propriedade e de administração, a partir do setor do Estado em questão.

Figura 1 - Indicação dos setores do Estado, segundo a sua Forma de Propriedade e Forma de Administração prevista

	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	Estatal	Pública Não-Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios	●			●	
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Polícia, Regulamentação Fiscalização, Fomento, Seguridade Social Básica	●				●
SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus	Publicização → ●	●			●
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais	Privatização →		●		●

Figura retirada de Bresser Pereira (1997a). Fonte: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. (1995).

Referente aos aspectos das políticas sociais em saúde especificamente, Paim (2007) afirma que o ministro da MARE defendia dois pontos: a descentralização do SUS, e a “competição administrativa” entre os fornecedores de serviços de saúde. Bresser Pereira referia haver escassez de recursos, e uma das principais dificuldades no setor de saúde seria a incapacidade administrativa de geri-los. Dessa forma, uma vez aumentada a autonomia dos administradores hospitalares, no caso dos hospitais estatais, a assistência poderia vir a ser ampliada. Enfatizava-se o “gerencialismo”, a “tecnologia institucional”, a “competição

administrativa”, os “custos de transação”, o atendimento ao consumidor, a competição e a regulação.

Na área da administração hospitalar, os principais argumentos das dificuldades gerenciais decorrentes da administração pública eram: a) a contratação, remuneração, treinamento e dispensa de recursos humanos; b) a compra de serviços e insumos por meio de licitação; c) gestão e captação de recursos financeiros; e d) interferência política. Desse modo, para o contrato de gestão, são fixadas metas a serem cumpridas pela entidade em busca da eficiência. Para incentivá-las, o poder público concede auxílios de diversos tipos, sujeitando as entidades a um controle de resultados (SÃO PAULO, 2010). Como exemplo do aspecto burocrático do Estado, tirando a capacidade operacional do governo e aumentando o seu custo, apontava-se o Regime Jurídico Único, a estabilidade para os servidores civis e a aposentadoria integral no serviço público (BEHRING, 2008).

Apesar de nomearem o processo de transposição da administração direta para entidades públicas não estatais como processo de *publicização* e não de privatização, ficou explícita uma retirada do Estado e de sua responsabilidade de executor e de prestador de serviços que, muitas vezes, já tinha caráter público e estatal. Segundo Minto (2005), no caso da “Reforma” do Estado, o público reivindicado já era, de fato, público e esse processo veio a ser um “malabarismo teórico”, que prevê a colocação do público sob a alçada da lógica privada.

Correia e Santos (2015) avaliam que esse processo seria uma forma de privatização embora correspondesse a uma privatização *não clássica*. No momento em que o Estado abdica de ser o próprio agente econômico produtivo e empresarial, mesmo sem se realizar o mecanismo da venda típica do serviço, esse está passando, na prática, parcela da esfera pública para o setor privado. Nesse mesmo sentido, Cardoso (2014) afirma que a caracterização de “reforma” assumida por Bresser deve ser desmistificada, indicando o conteúdo privatizante desse processo.

Minto (2005) resgata da ideia de que, uma das saídas da “reforma” desenvolvida no Brasil foi polarizar o debate em torno da oposição entre *estatal* e *privado*, deslocando a questão do *público* e criando um viés para o privado. Ao questionar o modelo estatal como “atrasado” e “ineficiente”, ao mesmo tempo em que afirmava não ter validade as tradicionais definições de público e privado, levou a diluir o privado sob novas formas dentro do público, estabelecendo variados meios de beneficiar o setor privado com recursos estatais.

Nesse ponto do PDRE, fica explícito o aspecto de re-filantropização das respostas à questão social indicado por Montañó (2002). Na medida em que vivemos em um país com

grande segregação social e que, conseqüentemente, amplos setores da população ficariam descobertos sem a assistência estatal (uma vez que não teriam condições de acesso aos serviços privados), fortalecendo-se o “terceiro setor”, possibilitando a sua atuação inclusive com instituição de novas figuras jurídicas. Fica gritante a retirada do controle da gestão estatal e do direito público, transferindo-o para o direito privado, com uma desresponsabilização do Estado no trato da “questão social”.

Werneck (2006) refere que, à medida que o Brasil privatizava seus ativos públicos e difundiam-se ideias sobre novos modelos de gestão pública, foram sendo consolidadas outras estruturas regulatórias¹⁸, tanto em nível federal quanto em nível estadual. Segundo o autor, começou a se constituir no Brasil um modelo cujas características incipientemente espelhavam o modelo de regulação norte-americano.

Pó (2011) indica que foi sendo estabelecida uma lógica de regulação exógena, onde o Estado assume papel de regulador sem participação ou ingerência nas empresas. Nessa perspectiva, o pressuposto é que a interferência da política na economia acarreta resultados negativos para o desenvolvimento econômico, sendo que as agências seriam um meio de restrição que dificultariam ações oportunistas ou bruscas em relação aos direitos de propriedade e à garantia dos contratos.

Esse autor afirma que a designação “agência” é aplicada às Agências Reguladoras criadas no bojo do PDRE, sendo mais uma expressão da mudança de atuação do Estado brasileiro, deixando cada vez mais o papel de provedor e investidor.

O PDRE indica que as agências deveriam possuir autonomia decisória e operacional em relação ao Poder Executivo, flexibilidade administrativa e controle dos resultados por meio de contrato de gestão com metas definidas. Uma série de ações governamentais foi

¹⁸ Pó (2011) afirma que, numa economia de mercado, a regulação é uma forma peculiar de política pública, na qual a autoridade governamental impõe permissões e restrições à livre ação de agentes privados, em todas as áreas de interesse público. Segundo o autor, essa perspectiva teórica e analítica foi aprofundada na década de 1970 e, não por coincidência, correspondeu historicamente aos debates político-econômicos sobre a liberalização dos mercados e a desregulamentação das décadas de 1970 e 1980. A regulação pode assumir diversas configurações institucionais, sendo que, em seu texto, o autor identifica quatro formatos básicos para a ação regulatória do Estado na economia: 1) regulação endógena ou regulação pela estatização, correspondendo ao provimento direto dos serviços por organismos estatais, como posse de firmas ou de setores da economia. Esse foi o formato predominante no Brasil e em muitos países da América Latina e Europa, antes da década de 1990; 2) o exercício de atividades regulatórias por órgãos diretos da burocracia executiva, como as secretarias e os ministérios, a qual coloca os órgãos reguladores sob comando direto dos governos eleitos; 3) regulação efetuada por meio de arranjos corporativistas de autorregulação, em que entes públicos e estatais atuam de maneira a definir os parâmetros de funcionamento do mercado. Tal formato é relativamente comum nos países nórdicos; 4) regulação exógena, onde o Estado assume o papel de regulador sem participação ou ingerência nas empresas reguladas, e a instituição regulatória possui algum grau de autonomia em relação ao governo eleito. Essa é a regulação efetivada por meio de agências reguladoras autônomas, formato institucional que cresceu explosivamente no mundo todo após os processos de “reforma” do Estado e privatizações ocorridos na década de 1980 e 1990.

tomada, como a aprovação da Lei de Concessões (Lei nº 8.987, de 13/02/95), as Emendas Constitucionais nº 8, de 15/08/1995 (telefonia) e nº 9, de 9/11/1996 (petróleo), iniciando a concepção e a implementação de Agências Reguladoras nos setores de energia, telecomunicação e petróleo, além de que, em 1996, teve a “Construção do Marco Legal dos Entes Reguladores”. Pó (2011) afirma, entretanto, que não houve processo coordenado de mudança do aparelho estatal, da “reforma” regulatória e das privatizações, o que resultou na falta de um modelo regulatório. Esse processo tornou-se fragmentado, sendo fortemente conduzido pelas concepções dos ministérios e pela burocracia de cada setor.

A Tabela 2 apresenta as agências implementadas, os ministérios aos quais estavam relacionadas, além da Lei de criação e Decreto de instalação. Referente especificamente às Agências Reguladoras no âmbito da saúde, foram criadas: Agência Nacional de Vigilância (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Tabela 2 - Apresentação das Agências Reguladoras implementadas no Brasil entre 1996 e 2001, indicando o ministério em que estavam relacionadas, a Lei de criação e Decreto de instalação

AGÊNCIA	MINISTÉRIO RELACIONADO	LEI DE CRIAÇÃO	DECRETO DE INSTALAÇÃO
Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL)	Minas e Energia	9.427, de 26/12/1996	2.335, de 06/10/1997
Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL)	Comunicações	9.472, de 16/07/1997	2.338, de 07/10/1997
Agência Nacional de Petróleo (ANP)	Minas e Energia	9.478, de 06/08/1997	2.445, de 14/01/1998
Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA)	Saúde	9.782, de 26/01/1999	3.029, de 16/04/1999
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Saúde	9.961, de 20/01/2000	3.327, de 05/01/2000
Agência Nacional de Águas (ANA)	Meio Ambiente	9.984, de 17/07/2000	3.692, de 19/02/2000
Agência Nacional de Transporte Aquático (ANTAQ)	Transportes	10.233, de 05/06/2001	4.122, de 13/02/2002
Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT)	Transportes	10.233, de 05/06/2001	4.130, de 13/02/2002
Agência Nacional de Cinema (ANCINE)	Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior	Medida Provisória 2.228, de 06/09/2001	-
Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC)	Defesa	11.182, de 27/09/2005	5.731, de 20/03/2006

Tabela retirada de Pó (2011).

Mesmo com pequenas diferenças, o autor indica que as Agências Reguladoras federais brasileiras possuem as seguintes características em comum: autonomia financeira, funcional e

gerencial, sem subordinação hierárquica formal ao ministério correspondente; fonte orçamentária própria; poder de emitir normas; poder de instituir e julgar processos, sendo a última instância de recursos no âmbito administrativo; dirigentes com mandatos fixos e não coincidentes, aprovados pelo Senado Federal; diretoria colegiada; publicidade dos atos, processos normativos e decisões (PÓ, 2011).

Cordeiro et al. (2011) discutem que os efeitos da globalização e dos ajustes macroeconômicos, com predomínio do capital financeiro no processo de acumulação, trouxeram dificuldades adicionais para a construção de um sistema de proteção social, sendo necessária a compreensão dos limites e das possibilidades na implementação das políticas públicas. Minto (2005) faz a ressalva, inclusive, quanto à existência dos acordos da dívida externa, explicitando a subordinação ao capital financeiro internacional e à perda de autonomia nacional, no que se refere ao controle dos gastos públicos, agora subordinados ao cumprimento de ortodoxas metas financeiras preestabelecidas. Segundo esse autor, essa lógica estaria embutida nas discussões e encontraria sua expressão teórica no *Consenso de Washington*, citado anteriormente. Assim, a “reforma” brasileira deve ser pensada dentro dos limites desse processo de reestruturação do capitalismo.

Minto (2005) afirma ainda que, neste momento, no Brasil, verifica-se

o abandono das pretensões nacionalistas de desenvolvimento autônomo, com novas formas de associação da burguesia nacional com a grande burguesia internacional, e a execução de uma série de reformas no sentido de promover essa readaptação necessária do Estado brasileiro às novas exigências da acumulação (MINTO, 2005 p. 213).

Werneck (2006) mostra como, nesse processo, o governo passou a aumentar sua receita tributária através de Contribuições Sociais, sobre as quais não incidiam repartição com os demais membros da Federação. Abaixo, o Gráfico 1 demonstra a arrecadação tributária da União e dos estados em porcentagem do PIB, no período de 1988 a 2001, verificando-se aumento claro da arrecadação nesse período.

Gráfico 1 - Arrecadação tributária da União e dos Estados, em porcentagem do PIB

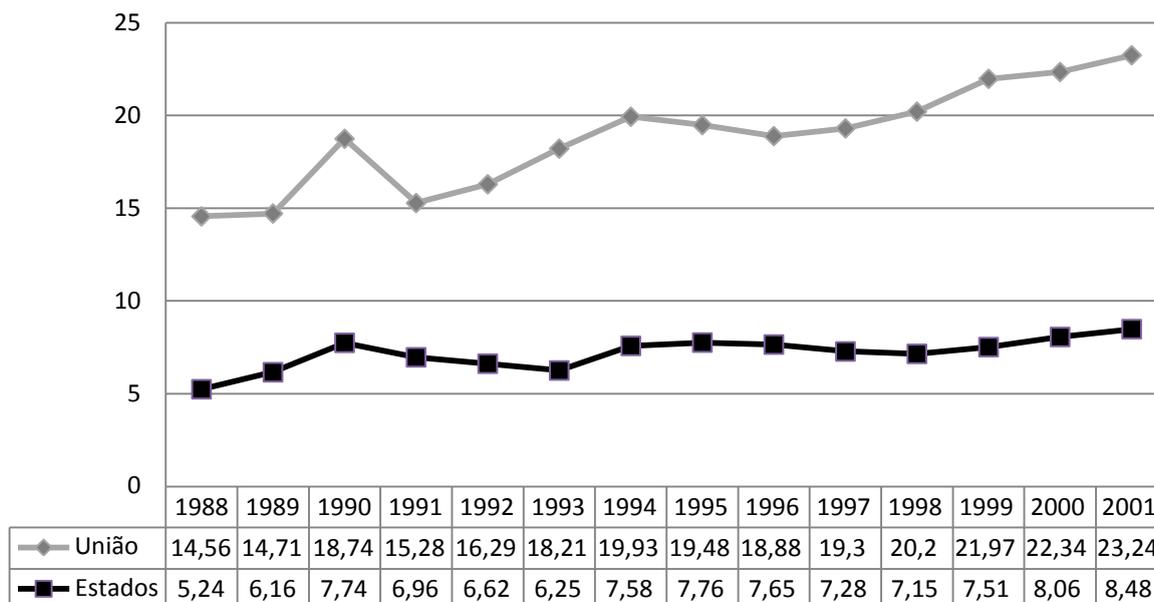


Gráfico retirado Werneck (2006). Fonte: Banco Federativo (Termômetro da Tributação. Fontes Primárias: SRF, STN, MPAS, CEF, CONFEZ, Secretarias Estaduais de Fazenda.

Criaram-se mecanismos que permitem eficiente realocação de toda a riqueza nacional para o pagamento de juros, amortizações e demais serviços da dívida externa brasileira, contribuindo para a expansão e acumulação do capital financeiro internacional. Verifica-se subsunção do governo brasileiro aos órgãos internacionais, como o FMI e o Banco Mundial, que vêm assumir o papel de viabilizar e fiscalizar o bom funcionamento das regras que garantam que esses credores tenham seus compromissos honrados da melhor forma possível. Autores discutem que esses organismos financeiros internacionais acabam por atuar como porta-vozes dos interesses do capital no campo das políticas sociais, de um lado, apontando a necessidade de promover “reformas” tidas como “modernizadoras” e “racionalizadoras”; e, de outro lado, sendo eles próprios os impositores de tais medidas no campo político, formulando diretrizes e elaborando estratégias políticas (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; CEBES, 2011a; MINTO, 2005; OCKÉ-REIS, 2011).

Minto (2005) apresenta um quadro em que sintetiza a dívida total e os encargos pagos da dívida pública de 1995 até 2002 (Tabela 3). Verifica-se crescimento progressivo, o que realimenta, simultaneamente, o crescimento da própria dívida total.

Tabela 3 - Dívida total e total pago em encargos da dívida pública da União (em bilhões de R\$) Brasil 1995-2002

Ano	Total pago	Dívida total
1995	26.40	86
1996	26.40	115
1997	34.30	226
1998	55.21	420
1999	72.50	588
2000	144.50	698
2001	142.99	805
2002	136.57	893

Tabela retirada de Minto (2005). Fonte: SIAFE/SNT: dados elaborados e apresentados no Caderno do 5º CONED, 2004.

Sampaio Jr. (2007) reitera que a natureza antinacional e antissocial das opções econômicas desenvolvidas fica patente nesse momento de pagar a dívida externa. O autor descreve que o dilema se situa entre

cumprir os compromissos assumidos com a comunidade econômica internacional e satisfazer as demandas das classes abastadas de rápido acesso aos bens de consumo das economias centrais ou, pelo contrário, defender os interesses nacionais e atender as necessidades das classes populares (SAMPAIO JR., 2007 p. 148).

O impacto das novas tendências do sistema capitalista mundial sobre a economia nacional foi sobredeterminado, segundo o autor, pela submissão da política econômica às economias internacionais para reciclar a dívida externa. Além disso, previu-se o apoio incondicional oferecido aos movimentos do grande capital de fuga para a liquidez e de busca de mercados externos. Na prática, a renegociação da dívida externa não significou a superação do estrangulamento cambial e o ajuste privado não teve como contrapartida aumento da competitividade dinâmica da economia brasileira.

Mendes (2012) afirma que, nessa fase em que o capitalismo tem grande influência do capital fictício e portador de juros, fica ainda maior o constrangimento para a implementação de uma política pública de caráter universal, mantendo, portanto, a perspectiva de política econômica que subordina o desenvolvimento social do país à priorização do pagamento da dívida.

Outro aspecto que muitos textos retomam para discutir questões sobre a “reforma” em questão é a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que, entre outras coisas, estabeleceu limites para gastos com pessoal pelos entes federados. Behring (2008) afirma que essa lei acabou gerando dificuldades ainda maiores de investimentos estruturantes e houve

restrições das políticas sociais nacionais, sendo que a autora afirma que apesar do nome, se configurou como uma lei sem preocupações com a responsabilidade social no país.

Borges (2012) afirma que esse foi resultado da agenda econômica do FMI para o Brasil, em que os gastos com folha de pagamento não podem exceder a 60% do orçamento da área, quer seja saúde, educação ou fazenda, não importando o setor em questão. Na opinião do autor, esse tratamento igualitário às diferentes áreas resultou numa distorção grave na gestão do trabalho em saúde, principalmente no âmbito dos municípios. Afirma que, em saúde, o gasto com recursos humanos representa a maior parte do orçamento, seja no setor público ou no setor privado, observando-se ampliação da terceirização da contratação de pessoal para que, na contabilidade, passasse a constar “prestação de serviços”, ao invés de “gasto com folha de pagamento”. Esse novo arranjo vem estimular ainda mais a atuação do setor privado dentro das políticas públicas de saúde. Andreazzi (2013) afirma que a abertura de espaço para a contratação de serviços de terceiros, nesse arranjo entre a LRF e os novos modelos de gestão, tornou-se ainda mais fácil flexibilizar o Estado de acordo com a orientação fiscal em um movimento que era necessário concentrar mais o recurso público no pagamento da dívida e nas políticas de incentivo aos setores econômicos dominantes.

Ambos os autores citados, indicam que a Lei de Responsabilidade Fiscal e a falta de uma carreira nacional do SUS trouxeram prejuízos à organização do trabalho no sistema público de saúde e, conseqüentemente, à integração do SUS.

Behring (2008) também chama a atenção para a alteração de rota da política macroeconômica no final da década de 1990. A autora afirma que a política que estava sendo implementada até então, com moeda sobrevalorizada, déficits comerciais e entrada de capital externo, além de elevados patamares de exportação, encontrou seus limites estruturais (já sinalizados por economistas críticos segundo a mesma). Além disso, devido à manutenção da taxa de juros em altos níveis, houve também o agravamento do déficit das contas públicas. Esse cenário, atrelado à reestruturação produtiva, resultou num aumento do desemprego.

A autora problematiza a contradição entre a política econômica e política social que estava sendo instituída. Por um lado, observa-se o aumento do desemprego, seguido de empobrecimento e aumento da demanda por serviços sociais. Por outro lado, observa-se processo de corte de gastos, flexibilização dos direitos e, de maneira implícita ou explícita, um processo de privatização dos serviços sociais.

Dessa forma, discute-se que o país foi pego a meio caminho na sua tentativa tardia de constituir o Estado Social, atropelado pelo ajuste da liberalização do mercado a nível internacional, alimentado pelo drama crônico brasileiro descrito por Florestan Fernandes, no

qual a heteronomia e o conservadorismo político se combinam para delinear um projeto antinacional, antidemocrático e antipopular por parte das classes dominantes. É a partir desse contexto, com o conjunto de medidas da contra-reforma instituída, que há de se olhar para a relação do setor público e do setor privado, com intensificação desse último nas políticas sociais brasileiras.

3 A Contra-Reforma após 2003: entre a negação e o consentimento da liberalização do mercado

Em 2003, o PT ganhou a eleição presidencial e manteve-se na gestão nos próximos quatro processos eleitorais presidenciais, sendo marcada uma modificação no curso das políticas que estavam sendo instituídas na última década. Não se pretende fazer aqui profunda análise desse processo, mas, como no período anterior, pretende-se apresentar alguns elementos para subsidiar a compreensão para se pensar aspectos das políticas de saúde.

Andre Singer (2012) indica haver heterogeneidade de posicionamentos dentro do PT. Havia, no início da década de 2000, um discurso antineoliberal que se configurava com caráter claro de oposição ao governo do FHC¹⁹, porém, apresentava, também uma reconfiguração do discurso partidário constituído em sua origem (IASI, 2006; SINGER, 2012).

Como indicado anteriormente, o PT surge como um partido que se posicionava como sendo anticapitalista e que, segundo Iasi (2006), representava a possibilidade de uma manifestação autêntica da classe trabalhadora, uma frente de trabalhadores levada adiante pelos próprios trabalhadores sem a tutela das elites, que lutava por condições de vida e de trabalho, contra a ditadura militar que se ruía, no final da década de 1970 e 1980. Apontava-se para o socialismo como alternativa, reivindicando, em documento de apresentação da Plataforma Política de 1979, a erradicação dos latifúndios improdutivos e distribuição das terras aos trabalhadores sem terra; nacionalização e estatização de todas as empresas estrangeiras; estatização das grandes empresas e bancos; estatização das fontes e das empresas de energia, indústria extrativa e de infraestrutura; e controle popular dos fundos públicos.

Iasi (2006) correlaciona o cenário internacional à crise do capitalismo e a reestruturação produtiva, além do desmonte do bloco socialista, a partir da crise da URSS.

¹⁹ Foi aprovado como diretriz partidária, em dezembro de 2001, a perspectiva de “ruptura com o atual modelo econômico, fundado na abertura e desregulação radical da economia nacional e na consequente subordinação de sua dinâmica aos interesses e humores do capital financeiro globalizado” (SINGER, 2012 p. 76).

Observa-se que, a nível nacional, ocorre a derrota eleitoral do PT para Partido da Reconstrução Nacional (PRN) com Collor de Mello, em 1989, abrindo ampla discussão sobre limites eleitorais e suposta impossibilidade de ir além desse limite com a radicalidade programática e uma política de alianças restrita ao campo popular. Segundo Iasi, observa-se reorganização interna da relação entre direções e base, e reorganização da estratégia partidária. Ele indica que, a partir do 5º encontro nacional do PT (1987), há a apresentação da Estratégia Democrática Popular como meio de construção do socialismo e, posteriormente, principalmente a partir do 7º encontro (1990), há inflexão moderada, com prevalência da defesa à democracia, sendo que o aspecto socialista aparecia como forma para qualificar a mesma. Assim, a partir do início da década de 1990, observa-se substituição progressiva da Estratégia Democrática Popular inicialmente pensada na década de 1980, pela lógica de “um projeto nacional de desenvolvimento”. Predomina um discurso, nesse período, da criação de condições no sentido de promover crescimento com distribuição de renda, baseado em um mercado interno de massas fortemente induzido pelo Estado, a fim de diminuir as desigualdades sociais e regionais. Como dito anteriormente, a disputa do meio eleitoral passa a ser vista como elemento-chave, ampliando o leque de alianças para a consolidação da mesma.

Iasi (2006) afirma assim que, no final da década de 1990 e início dos anos 2000, o partido propõe um novo contrato social, para dar suporte ao “Estado-nação”, fazendo frente às políticas neoliberais, aos rentistas e ao capital financeiro, mas incluía-se no projeto todos os setores, a fim de unificar a nação (não mais uma frente de trabalhadores levada pelos próprios trabalhadores sem a tutela das elites). Visava-se construir um Estado de direito que abrangeria desde os trabalhadores até os capitalistas da esfera do setor produtivo.

Cabe ressaltar aqui que, apesar das diferentes leituras dos autores aqui referenciados sobre o partido que assumiu a presidência nos últimos quatro mandatos e que contribuiu ativamente para a implementação do SUS e do movimento da RSB, na década de 1980, parece haver consenso de que o discurso original do PT, fundado no anticapitalismo, passa a ser substituído pelo discurso antineoliberal, podendo constatar mudança no programa e em seu horizonte estratégico (IASI, 2006; SINGER, 2012).

Essa nova inflexão é marcada, durante o processo eleitoral de 2002, pela “Carta ao Povo Brasileiro” (SILVA, 2002), a qual apresentou o programa da Coligação Lula Presidente. Há perceptível câmbio de tom em relação ao capital e mesmo ao enfrentamento do neoliberalismo, embora ainda fizesse frente ao governo de FHC. O documento afirmava que “o Brasil não deve prescindir das empresas, da tecnologia e do capital estrangeiro”, indicando

que seria preservado o superávit primário o quanto necessário. Comprometia-se, também, com a responsabilidade fiscal, com a estabilidade das contas públicas e com sólidos fundamentos macroeconômicos, sinalizando que, apesar de ser um governo de caráter popular, não iria romper contratos nem revogar regras estabelecidas, de alguma forma, dando continuidade à política que estava sendo implementada no país.

Behring (2008) afirma que o novo governo encontrou o país dilacerado e uma série de armadilhas econômicas, com destaque para a bomba dos juros em combinação com o endividamento externo e interno, somado à atitude predatória dos especuladores. Além disso, havia o que a autora indica como armadilhas jurídicas, implementadas na contra-reforma do Estado, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal. Assim, esse novo governo assumia a gestão do país após o que Behring chama de dilúvio neoliberal, que deixava de herança um país privatizado, profundamente endividado, ainda mais desigual e violento.

Menezes (2014) afirma que, apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, muitos acreditavam que se estaria inaugurando um novo momento histórico, em que uma política de reformas sociais seria privilegiada em detrimento das políticas de ajuste. Havia expectativas, no que tange à implementação das políticas sociais universais e ampliação da participação social. No entanto, a autora indica que não se poderia esperar transformações profundas na estrutura societal brasileira, uma vez que, durante a campanha eleitoral, foram estabelecidos acordos e compromissos com novas alianças políticas, que não tinham como horizonte a implementação das políticas sociais com esse caráter. Assim, circulava-se um discurso dúbio de que seria o momento para um projeto numa direção democrático-popular, mas, ao mesmo tempo, seria implementada uma política econômica direcionada ao mercado interno de massas e fortalecimento do Estado-nação.

Bravo et al. (2015) reforçam essa perspectiva de posições distintas/dúbias no governo que assumiu a gestão, a partir de 2003. Os autores afirmam que, no debate interno que ocorreu no governo em relação às políticas sociais, havia dicotomia entre os universalistas e os focalistas. No entanto, frisam que esses últimos foram fortalecidos. Indicam que, apesar de haver diferentes movimentos institucionais, prevaleceu e se deu continuidade à lógica instituída pelos governos anteriores de defesa do papel do Estado nas políticas sociais e na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população e através de parcerias com setores “públicos não estatais”. Os autores afirmam, inclusive, que ao manter a permanência do baixo financiamento e a não viabilização da Seguridade Social, a perspectiva universalista ficou ainda mais longe de ser atingida. Assim, não é observada a instituição de políticas

redistributivas com caráter universal (nesse caso, inclui-se a saúde como eixo de pouco investimento).

Observa-se que, nos dois mandatos do presidente Lula que se seguiram, em lugar do confronto com os “humores do capital financeiro globalizado”, estabeleceu-se um compromisso com a “estabilidade monetária e responsabilidade fiscal”, além de que “a preservação da estabilidade econômica” continuava como diretriz inclusive no governo da presidente Dilma Rousseff que o sucedeu. Por mais que tenha particularidades em cada uma das gestões (objeto esse que não será detalhado neste trabalho), análises gerais explicitam que, no plano econômico, os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos na década de 2000 e 2010 como, por exemplo: o superávit primário; a Desvinculação de Receitas da União (DRU)²⁰; taxas de juros parametradas pela Selic (Sistema Especial de Liquidação e de Custódia); apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; e o aumento da arrecadação da União. Esses aspectos apresentaram grande impacto nas políticas sociais, com predomínio de políticas sociais com caráter compensatório e de caráter focalizado, em detrimento de outras pautadas na lógica do direito e da Seguridade Social universalizada (MENDES, 2012; MENEZES, 2014; SINGER, 2012).

Andre Singer (2012) faz a ressalva, entretanto, que, apesar de ser mantida uma política econômica conservadora sem confronto com o grande capital²¹, durante o primeiro e o segundo mandato do presidente Lula, observou-se o que eles indicaram de medidas para combater a pobreza com aumento do salário-mínimo acima do reajuste da inflação, investimento e ampliação do Programa Bolsa Família (PBF), e expansão do crédito, medidas essas que permitiram o aumento do padrão de consumo dos estratos menos favorecidos ativando o mercado interno. A conjuntura econômica mundial favorável, entre 2003 e 2008, inclusive por apresentar um ciclo de expansão capitalista, por envolver um *boom* de *commodities*, ajudou a produzir o crescimento econômico. Assim, tem-se o que o autor denomina “diminuição da pobreza com manutenção da ordem”, compondo o que chamou de “reformismo fraco” conduzida pela égide da conciliação.

²⁰ Aspectos sobre a DRU serão apresentados com maiores detalhes no Capítulo 3.

²¹ Dados concretos sobre como se estabeleceu essa política econômica conservadora ver “Os Sentidos do Lulismo: reforma gradual e pacto conservador”. Cabe aqui ressaltar que o autor indica como formas de enfrentamento do capital (que acabaram por não serem implementadas), medidas como tributação das fortunas, revisão das privatizações, redução da jornada de trabalho, desapropriação de latifúndios e negociação de preços por meio dos fóruns das cadeias produtivas (SINGER, 2012).

Nesse processo, o autor afirma que houve a ampliação da base social do partido, com adesão da população mais pobre²², com a rearticulação ideológica, que tira a centralidade do conflito entre direita e esquerda, sem imprimir enfrentamento com caráter de classe e contra o capital, que reconstruiu uma ideologia a partir do conflito entre ricos e pobres. Assim, Singer (2012) afirma que, desconectados de uma postura anticapitalista, os ganhos materiais conquistados levam “água para o moinho” do estilo individualista de ascensão social, embutindo valores de competição e sucesso no lulismo. Afirma, ainda, que mesmo tendo havido ampliação do consumo e redução da desigualdade no governo Lula, ela foi insuficiente para tirar o país do quadrante em que estão as nações mais desiguais do mundo. Apesar dos investimentos descritos, sem uma aposta na universalização das políticas sociais, mas garantindo programas de caráter focalizado, pode-se observar avanços nas condições de vida de milhões de brasileiros.

Menezes (2014) faz a ressalva, entretanto, que esses programas de caráter focalizado, como o PBF, não se constituíram como um direito, pois se tratou de uma política de governo, fruto de decisão do Executivo Federal, podendo ser extinta a qualquer momento. Outra ressalva feita é que o combate à pobreza não se constituiria apenas por políticas de transferência de renda, sendo preciso que essas estivessem associadas a outras políticas sociais de caráter universal, apresentadas, no Brasil, pela concepção da Seguridade Social instituídas desde a Constituição de 1988 e nunca implementada efetivamente.

O Cebes (2011) faz ainda a ressalva de que, até nas divulgações governamentais sobre a temática extremamente oportuna, toda a ênfase vinha sendo concentrada nos programas de subsídios públicos ao consumo, comercialização e produção como o Programa Universidade Para Todos (PROUNI) na educação, a Farmácia Popular e Brasil Sorridente na saúde, os Restaurantes Populares e Distribuição de Leite na Alimentação, além do Bolsa Família e vários outros. Afirma que esses são inabdicáveis para as necessidades sociais imediatas de grande parte da população, no entanto, acabaram por não enfatizar a responsabilidade histórica do Estado e dos Governos com a estruturação, financiamento e efetivação dos sistemas públicos de proteção social definitivos e de direito da população. Parte do orçamento da saúde na área federal, inclusive, era utilizado para o programa de “Combate a Fome/Bolsa Família”, processo esse barrado pelo Ministério Público em 2006/2007. Reforçam, ainda, que

²² A partir de estudos, Singer (2012) indica que, quando se compara o ano de 1996 ao de 2010, é fácil verificar a inversão na base eleitoral do partido: os petistas com renda na metade superior da distribuição caem de 58% para 12% do total, enquanto os da metade inferior sobem de 40% para 85%; os de baixíssima renda (até dois salários mínimo) passam de 17% para 47%.

esse aspecto, de maneira indireta, contribuiu para o subfinanciamento específico do SUS e da rede pública de saúde.

Observa-se, tanto no mandato do Presidente Lula como no da Presidente Dilma, tentativa de transformar essas políticas de governo, implementadas no combate à pobreza, em Lei. Instituiu-se campanha em defesa da Consolidação das Leis Sociais (CLS) para aprovação no congresso. Nessa Lei era prevista a instituição da obrigatoriedade de manutenção de programas federais na área social, como Bolsa Família, Estratégia Saúde da Família e Merenda Escolar. Segundo os seus defensores, esse debate perpassava pela reafirmação dos direitos sociais, e a crítica da perspectiva de uma política de caráter assistencialista, sendo que representaria um momento mais elevado do desenvolvimento e consolidação do Estado Social de Direito (COIMBRA, 2009; CUT, 2009; MORAES, 2010).

Singer (2012) indica que, através dessa série de arranjos e políticas que foram sendo instituídas, explicitou-se o fato de que a luta de classes perdeu o seu “lugar de honra”, sendo substituída por um projeto nacional-popular, numa perspectiva de um programa capitalista com forte presença estatal, de distribuição da renda sem confronto com o grande capital.

No cenário em que há a retomada do crescimento econômico, uma ampliação da circulação no mercado interno e certa redistribuição de renda, o debate sobre o (neo)desenvolvimentismo torna-se presente no Brasil. Sampaio Jr. (2012) afirma que esse debate é pautado na perspectiva de que a acumulação do capital, avanços das forças produtivas e integração nacional constituiriam aspectos de um mesmo problema: criar bases materiais, sociais e culturais de uma sociedade nacional, capaz de controlar o seu sentido, ritmo e intensidade de desenvolvimento capitalista.

Havia, no entanto, a perspectiva de que esse novo momento de desenvolvimento nacional corresponderia a uma terceira via ao contexto encontrado, sendo alternativa ao neoliberalismo e ao socialismo (de alguma forma já anunciado desde as publicações de Bresser Pereira, na década de 1990). Assim, constituiu-se uma maneira de os governos da década de 2000 se diferenciarem dos anteriores, mas não necessariamente um corpo de doutrina diferenciada para orientar a ação do Estado. Conciliou-se o compromisso incondicional com a estabilidade da moeda, austeridade fiscal, busca de competitividade internacional e ausência de qualquer tipo de discriminação contra o capital internacional. Houve, ainda, o compromisso com uma política que representaria alternativa de se construir um comprometimento com o crescimento econômico, a industrialização, fortalecendo o papel regulador do Estado com certa sensibilidade social (GONÇALVES, 2012; MENEZES, 2014; SAMPAIO JR., 2012). Como exemplo, Boito Jr. e Berringer (2013) afirmam que a burguesia

interna brasileira ascendeu politicamente em prejuízo dos interesses do capital internacional e de seus aliados internos, deslocando esses últimos da situação de hegemonia que usufruíram na década de 1990. Assim, a frente (neo)desenvolvimentista tem a leitura de que esse processo passa a enfrentar o campo político conservador, de orientação neoliberal ortodoxa²³.

Autores que defendem essa perspectiva afirmam recorrer ao termo “desenvolvimentista”, uma vez que as medidas adotadas buscaram o crescimento econômico do capitalismo brasileiro, embora o façam sem romper com os limites dados pelo modelo econômico (BOITO JR.; BERRINGER, 2013; MATTEI, 2011). A perspectiva do (neo)desenvolvimentismo é o crescimento baseado na exportação, combinado com um mercado interno forte, em que o Estado tem o papel de criar oportunidades de investimentos e reduzir as desigualdades econômicas, assumindo papel moderado no investimento e na política industrial (GONÇALVES, 2012). Estabeleceu-se, como grupos de referência desse debate, a Escola de Economia da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, através do Bresser Pereira; o grupo de pesquisa sobre Moeda e Sistemas Financeiros, do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro; e o Ipea, cuja inserção nesse debate passou a ocorrer mais sistematicamente a partir 2006/2007, sob a liderança do professor Marcio Pochmann (MATTEI, 2011).

Sob essa perspectiva afirma-se a diferenciação do velho desenvolvimentismo, tanto por se estruturar em outro momento histórico, uma vez que se desenvolve na época do capitalismo neoliberal e não no período de 1930-1980, quando surgiram as formulações do desenvolvimentismo, como por acabar se constituindo um programa menos ambicioso que o seu predecessor, buscando valorizar a política e as instituições, enquanto estratégia de construção de um projeto de nação²⁴. Destacam-se, aqui, seis aspectos que diferenciam a perspectiva (neo)desenvolvimentista do desenvolvimentismo:

- (i) apresenta um crescimento econômico que, embora seja muito maior do que aquele verificado na década de 1990, é bem mais modesto que aquele propiciado pelo velho desenvolvimentismo;
- (ii) confere importância menor ao mercado interno;
- (iii) atribui importância menor à política de desenvolvimento do parque industrial local;
- (iv) aceita os constrangimentos da divisão internacional do trabalho,

²³ Boito Jr. e Berringer (2013) afirmam que a política dos governos Lula de garantir uma proteção do Estado à grande burguesia interna, em disputa com o capital estrangeiro, pode ser exemplificada através do arquivamento da proposta da Área de Livre Comércio das Américas (Alca) e o adiamento das negociações do Mercosul com a União Europeia.

²⁴ Para um debate mais aprofundado das diferenças entre o desenvolvimentismo e (neo)desenvolvimentismo ler Boito Jr. e Berringer (2013), Mattei (2011) e Gonçalves (2012).

promovendo, em condições históricas novas, uma reativação da função primário-exportadora do capitalismo brasileiro; (v) tem menor capacidade distributiva da renda e (vi) o novo desenvolvimentismo é dirigido por uma fração burguesa que perdeu toda veleidade de agir como força anti-imperialista (BOITO JR.; BERRINGER, 2013 p. 32).

Sampaio Jr. (2012) afirma, entretanto, que uma vez que não aconteceram mudanças de grande envergadura, nesse momento em que se proclama o (neo)desenvolvimentismo, essa perspectiva não colocou efetivamente em questão a dupla articulação característica da nossa sociedade – a situação de dependência externa e a extrema desigualdade entre as classes sociais. A subordinação da vida econômica nacional à lógica ultraspeculativa do capital internacional e à reprodução de estruturas típicas de regime de segregação social viriam distorcer as possibilidades de se estabelecer um desenvolvimento capitalista autodeterminado. O autor chega a afirmar que essa leitura tornou-se acrítica e até mesmo simplória, uma vez que se apresenta como apologia à ordem com supervalorização dos fatos considerados positivos e o quase silenciamento ou desconsideração dos aspectos negativos, considerando-se que a economia brasileira estaria passando por um ciclo endógeno de crescimento com distribuição de renda e aumento da soberania nacional.

Sampaio Jr. (2012) afirma, ainda, que se ignoram assim as contradições estruturais que regem o movimento da economia brasileira, com uma dependência econômica, subdesenvolvimento e manutenção do movimento de reversão neocolonial, iniciado na década de 1990. Além disso, desconsidera o momento internacional, quando ocorre, na última década, uma crise internacional do capitalismo monopolista de grande envergadura.

Nessa mesma direção, Gonçalves (2012) afirma que o desenvolvimento econômico nesse período, mais especificamente no governo Lula, expressa um “desenvolvimento às avessas”, sem transformações estruturais que caracterizariam o projeto desenvolvimentista das décadas de 1950 e 1960. O conceito do novo desenvolvimentismo acaba sendo apropriado politicamente para destacar a (falsa) inflexão no processo de desenvolvimento econômico brasileiro. O que se constata, segundo o autor, é a manutenção do processo de desindustrialização, dessubstituição de importações; reprimarização das exportações; maior dependência tecnológica; maior desnacionalização; perda de competitividade internacional e crescente vulnerabilidade externa estrutural; maior concentração de capital; e, crescente dominação financeira, que expressa a subordinação da política de desenvolvimento à política monetária focada no controle da inflação.

Afirma, ainda, que o (neo)desenvolvimentismo aproximou-se de diretrizes antes pautadas pelo Consenso de Washington, no momento que mantém a flutuação administrada, segundo o critério da paridade do poder de compra, com foco na competitividade internacional; ainda por defender equilíbrio fiscal e taxa de câmbio competitiva, além da abertura comercial defendida por um de seus pensadores, o Bresser Pereira. A questão da vulnerabilidade externa estrutural — nas esferas comercial (padrão de comércio), produtiva (desnacionalização), tecnológica (dependência tecnológica) e financeira (passivo externo) — é central no velho projeto desenvolvimentista, mas acaba não sendo tratada pelo novo desenvolvimentismo e a política industrial é considerada subsidiária ou secundária. Assim, o autor afirma que o (neo)desenvolvimentismo superestima a importância da política macroeconômica no desenvolvimento econômico de longo prazo e negligencia as questões estruturais.

Santos (2008) afirma que a política de Estado, desde a Constituição de 1988, tem a opção pela política pública de transferência de renda como eixo hegemônico, e pelas políticas de proteção social como decorrentes do Estado mínimo, sendo marcadas pelo subfinanciamento, resolutividade e eficácia social estabilizadas em nível precário.

Considera-se, assim, que apesar da grande expectativa que se teve nos últimos quinze anos quanto à implementação de uma política de reformas sociais em detrimento das políticas de ajuste, os governos, a partir da década de 2000, acabaram por assumir posturas ambíguas entre a negação e o consentimento da liberalização do mercado. Esse processo, como apresentado de maneira sintética neste Capítulo, leva à leitura de que, apesar de ser indicado que houve um “reformismo fraco”, através de um pacto conservador, mantiveram-se aspectos das políticas macroeconômicas e elementos importantes da “reforma” do Estado da década de 1990. Não foram feitas mudanças estruturais e investimentos claros em relação às políticas de Seguridade Social, sendo que as ações, de maneira geral, seguiram uma continuidade da contra-reforma iniciada na última década do século passado.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS SOBRE O FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: MARCAS DE SUBFINANCIAMENTO

Como visto anteriormente, não é possível dissociar a política pública de saúde e as políticas sociais dos aspectos econômicos e políticos do país. Apesar de grandes avanços e ampliação do acesso ao cuidado à saúde, após a Constituição de 1988 e a instituição do SUS, autores afirmam que o país foi pego a meio caminho na sua tentativa tardia de constituir o Estado Social, atropelado pelo ajuste de liberalização do mercado a nível mundial. Para pensar como esse movimento de contra-reforma vem se configurando, especificamente na área da saúde, serão abordados alguns aspectos do financiamento das políticas de saúde na década de 1990 e na década de 2000, na tentativa de apresentar alguns movimentos e aspectos concretos que foram sendo desenvolvidos.

Para tratar disso, antes de mais nada, vale frisar que um sistema de saúde pode ser definido como o conjunto das atividades que objetivam promover, restabelecer e manter a saúde da população, sendo que incluem provisão de serviços de assistência à saúde, as intervenções coletivas destinadas à promoção de saúde e a prevenção de doenças, além dos serviços de atenção domiciliar e outras intervenções promotoras de saúde da população. Silva e Viana (2011) afirmam que, para essas atividades, os recursos públicos são adquiridos através de tributos pagos pela sociedade, que incluem impostos diretos e indiretos, além das contribuições sociais que incidem sobre a folha de salários ou outros fatos geradores, como o lucro e o faturamento das empresas. Dependendo do desenho do sistema nacional, os gastos e a arrecadação dos tributos terão diferentes arranjos. Os sistemas de saúde universais, por exemplo, possuem a maior parte do gasto derivado do pagamento de impostos gerais.

Atentos a essa questão, na elaboração da Constituição de 1988, houve a preocupação de se ampliar os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social, no caso a saúde, previdência e assistência social. Esse financiamento seria realizado por recursos provenientes do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, fora as contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de pagamento de salários, o faturamento e o lucro) dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria). Ficou, assim, definido que esses recursos não integrariam o orçamento da União, e sim o Orçamento da Seguridade Social (MENDES, 2012). Autores fazem a ressalva de que as políticas propostas em 1988 não foram só semânticas e fantasiosas, tendo sido proposto o orçamento para a Seguridade Social, e que desse 30% iriam para as ações de saúde.

Entretanto, essa recomendação estabelecida no artigo 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, nunca chegou a ser implementada na prática (AMADIGI et al., 2007; MENDES, 2012; SILVA; VIANA, 2011).

Em relação ao financiamento dos serviços da Seguridade Social, em 1991, foi aprovada a Lei de Custeio da Seguridade Social (Lei nº 8.212/91), em que ficou reafirmado o disposto na Constituição de que o conjunto de receitas do Orçamento da Seguridade Social financiaria as ações desses serviços. No ano 1993, entretanto, verifica-se a vinculação dos gastos da área da previdência com as contribuições dos empregadores e empregados, rompendo as diretrizes constitucionais e inclusive com o conceito de Seguridade Social. Inicia-se, nesse processo, o debate sobre alternativas de financiamento ao esquema que fora estabelecido na Constituição de 1988, determinando prioridades internas na área de Seguridade Social (MENDES, 2012). Fica explícito, assim, que logo no início da década 1990, a discussão sobre o financiamento das políticas sociais era algo presente e refletia claramente a disputa de projetos a serem implementados.

Outro aspecto considerado como algo que fragilizou o financiamento da área da saúde e da Seguridade Social foi a criação, em 1994, do Fundo Social de Emergência (FSE), utilizado para custear outras despesas que não da saúde, educação ou previdência (MENDES, 2012; PAIM, 2007; SILVA; VIANA, 2011). Textos que abordam a criação do FSE de maneira positiva, indicam que esse consistia essencialmente num mecanismo de desvinculação de receitas, de maneira a atenuar a rigidez dos gastos da União ditada pela Constituição de 1988, sendo uma forma de flexibilizar a receita proveniente das contribuições sociais para gastos na seguridade social (WERNECK, 2006).

Paim (2007) afirma que, desde o início, esse fundo não foi utilizado da maneira indicada. Na época, chegou a ser identificado que o governo usava parte do FSE para pagamento de despesas administrativas e de pessoal, e até mesmo para pagar uma dívida de US43 milhões do Itamaraty com a ONU. O então Ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso, afirmava que o Tesouro não podia sustentar a saúde dos brasileiros e defendia a importância de se fazer um ajuste macroeconômico, traduzido pelo plano de estabilização conhecido como “Plano Real”, implementado em 1994 ao final do governo de Itamar Franco.

O FSE foi denominado, a partir de 1996, de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, a partir de 2000, de Desvinculação das Receitas da União (DRU), liberando seus recursos para utilização discricionária da União. A DRU é prorrogada nos anos 2003, 2007, 2011 e 2015, e indica que essa flexibilização retira 20% dos recursos desse orçamento nos três primeiros anos, sendo que, em 2015, a flexibilização aumenta para 30%. Majoritariamente para servir

como recurso para a manutenção do superávit primário, assegurando o pagamento da dívida pública. Assim, essa ação marca drasticamente a redução do financiamento para as políticas de saúde estabelecido pela Constituição de 1988 (BEHRING, 2008; MENDES, 2012, 2015a; MENEZES, 2014; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011; SILVA; VIANA, 2011).

Um mecanismo que era para ser transitório tornou-se permanente e está em vigência quase por toda a existência do SUS. Mendes (2012) afirma que se trata de reconhecer que o capital portador de juros, em busca de sua valorização, necessita da liberação de recursos do fundo público. A DRU passou a representar, assim, o atendimento às exigências do capital financeiro e o rompimento do que estava estabelecido na Constituição Federal, com flexão de recursos do fundo público da seguridade social.

Há a análise de que a DRU promove um “efeito cascata” em relação ao financiamento da saúde. Por haver a desvinculação da receita e conseqüentemente a União não colocar recursos condizentes para a assistência à saúde universal, os estados e municípios são obrigados a aplicar mais recursos, diminuindo a capacidade de gerenciar políticas públicas a nível local (MENDES, 2012; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011). Há a leitura de que, esse momento representa o início concreto do subfinanciamento do SUS. Borges (2012) faz a estimativa de que, se a participação da saúde no orçamento da seguridade tivesse sido mantida em 30%, o orçamento federal da saúde teria passado de R\$54 bilhões para R\$110,10 bilhões em 2008.

Mendes (2012) indica que o comprometimento dos diversos gestores do governo federal com o pagamento de Juros e Encargos da Dívida fica claro, também, quando observados os valores na proporção do PIB, comparado com o reduzido gasto em ações e serviços de saúde (Gráfico 2). O gasto líquido com ações e serviços de saúde, excluindo os valores da dívida e de inativos e pensionistas, realizado pelo Ministério da Saúde, na proporção do PIB, no período entre 1995 e 2010, manteve-se praticamente constante (1,7%) apesar de ser observado aumento da oferta. Esses valores correspondem, segundo o autor, a um baixo gasto público para responder a um sistema universal.

Gráfico 2 - Envolvimento das despesas com ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde e dos Juros da Dívida, ambos na proporção do PIB, em %, 1995/2010

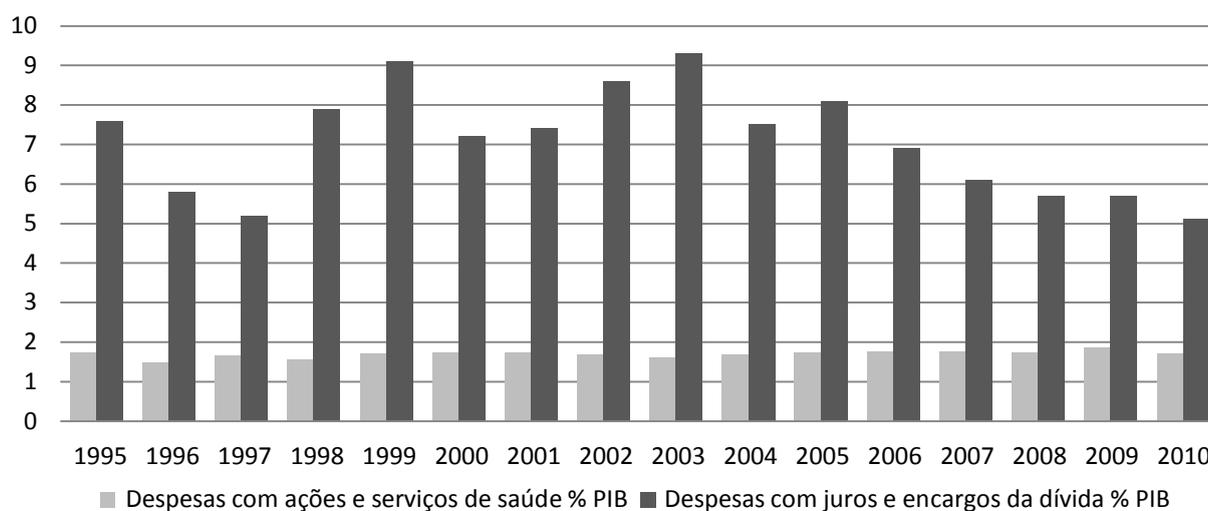


Gráfico retirado Mendes (2012). Fonte: adaptado da Comissão de Orçamento e Finanças/Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde; SIAFI.

Observa-se, por meio desse gráfico, que a questão do subfinanciamento se manteve ao longo das duas primeiras décadas de implementação do SUS, não havendo mudanças significativas ao longo dos diferentes governos. O gasto com a dívida pública é amplamente maior, podendo chegar a mais de cinco vezes os gastos com os serviços de saúde, em 1999. Mendes (2012) afirma que esse dado é uma maneira concreta para explicitar que se tem uma política econômica ortodoxa em vigor, com o sacrifício dos gastos sociais, sem diminuir o ônus financeiro com a dívida pública. Destaca-se, assim, o permanente e contraditório movimento de, por um lado, termos o princípio da construção da universalização da saúde; e por outro, o princípio da contenção de gastos sociais para manter a racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas constituiu-se o meio para combater o déficit público e a primazia do capital financeiro.

Textos recentes indicam que essa lógica se mantém nos anos subsequentes (além dos dados do Gráfico apresentado). Um exemplo disso é a afirmação de Borges (2012) que o Brasil gastou de janeiro a agosto de 2011, a soma de R\$160 bilhões com juros pagos ao capital especulativo mundial, representando três vezes o valor do que o governo federal gastou em 2010 com a saúde pública.

Ocké-Reis (2011) afirma que o financiamento fica refém do pagamento dos encargos financeiros da dívida pública, sendo de extrema importância tanto pautar o aumento dos gastos sociais quanto garantir alocação eficiente. Deve-se reforçar a articulação dessas duas pautas, uma vez que se observa um discurso que tenta impor o diagnóstico de que os

problemas crônicos na rede assistencial seriam mais dependentes de processos gerenciais, escamoteando a discussão do financiamento (MENDES, 2012, 2015a; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011).

A partir de 1995, com a implementação no governo de FHC da política de estabilização econômica, como principal propósito a ser perseguido, há piora nas contas da Previdência Social, com repercussão sobre a saúde e demais áreas da Seguridade Social (MENDES, 2012). Surge o debate sobre possíveis recursos para investimentos e são buscadas outras fontes externas. Obviamente, essa demanda por recursos adicionais se chocava com aspectos que já estavam sendo pautados pela macroeconomia dos governos que privilegiava os capitais financeiros, com base nos pressupostos da contra-reforma do Estado.

É aprovada uma nova fonte de receita para a Seguridade Social, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Fiscal (CPMF), em 1997 (BORGES, 2012; MENDES, 2012; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011; SILVA; VIANA, 2011). Noronha, Santos e Pereira (2011) se posicionam contrários à ideia da vinculação de um tributo a uma ação governamental específica. Como dito anteriormente, na Constituição de 1988 buscou-se vincular contribuições à Seguridade Social como um todo, e a criação de uma contribuição específica a um aspecto da Seguridade Social, como a saúde, segundo os mesmos, só viria a agravar a fratura iniciada no início da década. Os autores afirmam, também, que faz pouco sentido fiscal atribuir vinculação a uma contribuição e uma ação específica em tempos de simplificação tributária.

Silva e Viana (2011) problematizam ainda que, em nenhum momento, a totalidade de recursos arrecadados pela CPMF fora direcionada para a saúde; e sua arrecadação, a partir de 1999, passou a não ser oficialmente exclusiva para os gastos com a saúde, sendo compartilhada com a previdência e assistência social. Mendes (2012) indica ainda que, durante o período em que esteve em vigor, sua participação em relação ao total das fontes de financiamento correspondeu a cerca de 30%. No entanto, o novo volume de recursos não significou o incremento esperado, uma vez que a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social e a Contribuição sobre o Lucro Líquido que iriam para saúde foram transferidas crescentemente para a área previdenciária.

A vigência dessa forma de tributação foi até 2007, sendo rejeitada a renovação pelo Senado, naquele ano (MENDES, 2012; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011; SILVA; VIANA, 2011). Há indicação de que em 2008, o bloco governista teria elaborado uma proposta de tributo sob o nome de Contribuição Social para a Saúde (CSS). Seria isento da cobrança da CSS quem recebesse um salário de até R\$3.038,00, sendo diferente da CPMF

que era cobrada indistintamente. A proposta foi aprovada na Câmara dos Deputados (MENICUCCI, 2011), mas encontrou resistência no Senado. No mandato da Presidente Dilma Rousseff, de 2011, voltou-se a debater a volta da tributação específica para a saúde, observando-se forte oposição principalmente pelo setor industrial (FOLHA DE SÃO PAULO, 2010, 2015).

A política conservadora implementada na década de 1990 fica explicitada, também, através do debate sobre a forma de financiamento entre os diferentes entes federados (União, estados e municípios). Carvalho (2011) indica que, em 2008, a União foi responsável por 47% do financiamento, embora fique com 60% de toda arrecadação de impostos e contribuições; os estados foram responsáveis por 26% do financiamento, tendo ficado com 24% de toda arrecadação de impostos e contribuições; e os municípios entram com 27% dos gastos, tendo ficado com apenas 16% de toda arrecadação de impostos e contribuição. Observa-se um investimento desigual com o financiamento e a arrecadação de cada ente federado.

Além disso, trabalhos indicam que, além dessa diferença, observa-se que a participação federal no financiamento da saúde vem diminuindo ano a ano, no gasto público total em saúde, comparada à elevação porcentual dos estados e municípios (mantendo, assim, percentual do gasto federal no PIB estável) (CEBES, 2011a; VIEIRA, 2016). Entre 2002 e 2014, por exemplo, a alocação de recursos das ações em saúde pelas três esferas de governo aumentou de R\$94,6 para R\$216,6 bilhões, em valores constantes de 2014, o que representa aumento de 129%. Contudo, a participação da União no financiamento do SUS passou de 52% para 42% no mesmo período, como mostra o Gráfico 3. Os estados e, especialmente, os municípios esforçaram-se para ampliar o financiamento do sistema. A participação estadual aumentou de 23% para 26% e a municipal de 25% para 31% (VIEIRA, 2016).

O debate sobre a vinculação de recursos de orçamento das três esferas de poder está presente desde o início da década de 1990. Em 1993, foi elaborada a Proposta de Emenda Constitucional (PEC-169) para estabelecer os recursos na saúde. Além de indicar que deveria ser direcionado para a saúde no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social, estabelecia que a União, Estados e Municípios deveriam alocar para a saúde, no mínimo, 10% de sua receita fiscal.

Gráfico 3 - Evolução da participação das esferas de governo (municípios, estados e União) no financiamento do SUS nos anos de 2002 a 2014

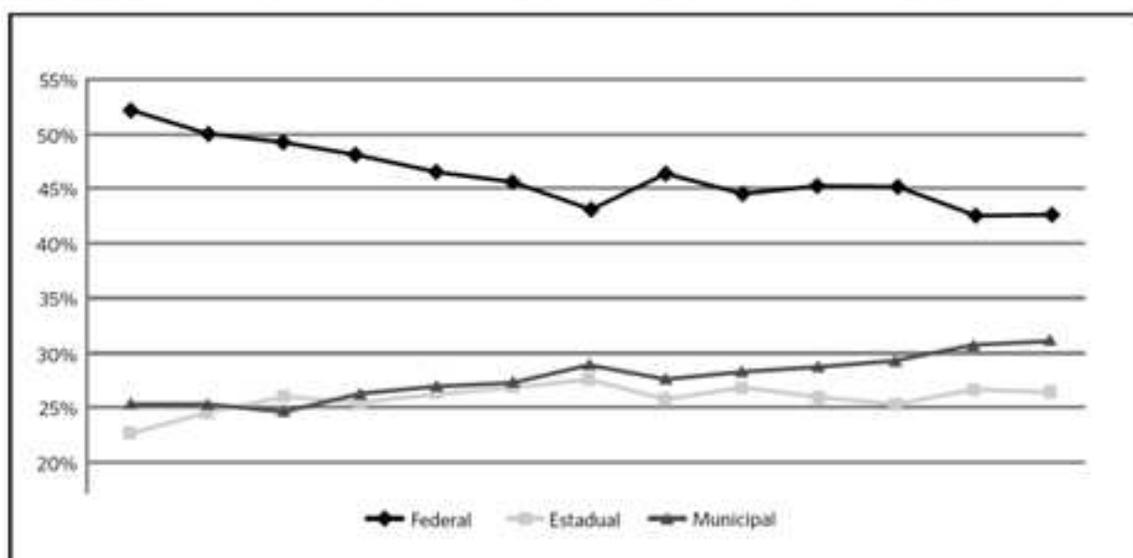


Gráfico retirado de Vieira (2016). Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.

Após sete anos de sua elaboração, foi aprovada, no ano 2000, a Emenda Constitucional nº 29 (EC-29). Embora não tenha vinculado os recursos das contribuições sociais com os gastos da saúde (30% do Orçamento da Seguridade Social), a EC-29 buscava equacionar a instabilidade do financiamento, definindo responsabilidades mínimas para os entes federados. Estabeleceu-se que os estados e municípios deveriam colocar no primeiro ano pelo menos 7% das receitas e que esse percentual deveria crescer anualmente até atingir para os estados, um mínimo de 12%, e para os municípios, um mínimo de 15%. No tocante à União, a EC-29 determinava que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado no período anterior e, para o seguinte, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. Foi desconsiderado, dessa forma, o projeto original que tinha o compromisso de inserir mais recursos com base na aplicação da União de, no mínimo, 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) (CARVALHO, 2011; MENDES, 2012, 2015a, 2015b; PAIM, 2007; SANTOS, 2008; SILVA; VIANA, 2011). Apesar de amplo debate ao longo de mais de uma década, essa emenda só foi regulamentada 12 anos depois, em 2012.

Os movimentos sociais e representantes da reforma sanitária continuaram o amplo debate, denunciando a continuidade da retração da contrapartida da União. Há a perspectiva de que a contrapartida federal deva corresponder a 10% da RCB, conforme disposto nos Projetos de Lei nº 01/2003, da Câmara dos Deputados, e nº 121/2007, do Senado²⁵. O projeto

²⁵ O PLP nº 1/2003 foi apresentado à Câmara dos Deputados, em fevereiro de 2003, pelo Deputado Roberto Gouveia. Esse ficou tramitando nesse órgão até 2007, quando foi aprovada e despachada ao Senado Federal ao

aprovado no Senado teve modificações importantes, sendo que a fórmula de cálculo para a aplicação do governo federal, de, no mínimo, 10% da RCB, foi alterado por meio do escalonamento ao longo de quatro anos, quando seria aplicado 8,5% no primeiro ano, passando para 9% no ano subsequente, e 9,5% e 10% nos anos seguintes. No entanto, o processo permanece parado no protocolo legislativo sem ser dado nenhum encaminhamento (CEBES, 2011a; MENDES, 2012).

Além disso, Mendes (2012) afirma que, ao longo da década de 2000, verifica-se tanto por parte da União como pelos estados e alguns municípios, a inclusão de itens indevidos nos gastos de saúde. Como exemplo, pode-se citar recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, despesas em ações de serviços de gastos com inativos da área da saúde, recursos de empresas de saneamento, habitação urbana e recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos e gastos de hospitais de clientela fechada, como servidores estaduais e militares e seus dependentes. Assim, apesar de alguns entes federados atingirem os parâmetros indicados, a utilização dos mesmos não era real para os parâmetros que definem as ações e serviços da saúde propriamente dita.

Aprovada no Congresso em 2011 e sancionada em 2012 pela Presidenta Dilma Rousseff, a Lei nº 141/2012 (regulamentação da EC-29) estabelece o percentual mínimo sobre a arrecadação que os estados e municípios deveriam investir nas políticas sociais de saúde (12% dos estados e 15% dos municípios). No entanto, isso não garantiu novos recursos financeiros por parte da União (mantendo a variação nominal sobre o PIB do ano anterior) (BORGES, 2012; MENDES, 2012, 2015b; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011). Assim, apesar dessa aprovação, Mendes (2012) afirma que se mantiveram as incertezas em relação à estabilidade do financiamento, uma vez que não estabelecia a escala de aplicação do governo federal frente aos gastos com a saúde e, na prática, nenhum novo recurso foi, de fato, designado para garantir a universalidade da saúde. Explicita, assim, que essa aprovação correspondeu à derrota para o financiamento das ações e dos serviços do SUS²⁶.

Noronha, Santos e Pereira (2011) afirmam também que a finalmente aprovada EC-29 rompeu a dedicação dos 30% das Contribuições Sociais à Saúde, como previsto na

final do mesmo ano. No Senado, representado pelo senador Tião Viana, manteve-se a perspectiva de regulamentar os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2007; SENADO FEDERAL, 2014).

²⁶ Mendes (2012) faz a ressalva, ainda, que a regulamentação dessa Lei se deu um dia antes da aprovação da continuidade da DRU, mantendo a desvinculação de 20% das receitas da seguridade social para outras finalidades, explicitando ainda mais a lógica de subfinanciamento estabelecida. O autor afirma que se argumentou que esses recursos contribuiriam para defender a economia brasileira da crise mundial.

Constituição de 1988. Ao estabelecer a porcentagem mínima de contribuição apenas dos estados e municípios, fixando a contribuição da União a variações do PIB, acabou por quebrar, segundo os autores, a ideia do financiamento solidário da Seguridade Social e dificultou acréscimos superiores à variação do PIB. Essa decisão, vinculada à manutenção e renovação da DRU, representou, segundo os autores, a reafirmação de um processo de subfinanciamento e dos rumos das políticas sociais que estavam sendo implementadas.

Outra medida que merece ser apresentada, referente ao financiamento em saúde pública, no aspecto da contribuição por parte da União, refere-se à EC nº 86/2015 que modificou a base de cálculo do financiamento federal da saúde. Autores da área da Saúde Coletiva e de movimentos da área afirmam que essa nova forma de organizar o cálculo de financiamento vem reduzir ainda mais o baixo nível de gasto que se alcançou até recentemente, além de trazer graves implicações para o financiamento, o planejamento e o controle social na área da saúde (CISLAGHI, 2015; MENDES, 2015b).

Nessa EC nº 86/2015, que instituiu o “Orçamento Impositivo” (obrigatoriedade de execução total das emendas parlamentares no orçamento), foi incluída uma nova base de aplicação do governo federal na saúde (arts. 2º e 3º), alterando a base de cálculo de Receita Corrente Bruta para Receita Corrente Líquida (RCL), inclusive sendo executada de forma escalonada em cinco anos, isto é, 13,2% dessa RCL, no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa EC, até alcançar 15% da mesma, no quinto exercício financeiro, respectivamente. Além disso, a EC tornou obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais no orçamento da União, na ordem de 1,2% da RCL, prevista no projeto de lei orçamentária. Segundo Cislighi (2015), nominalmente isso representaria, em valores para o ano de 2014, R\$7,7 bilhões divididos entre os 594 parlamentares da Câmara e do Senado. A autora afirma que essa nova proposta permite aos parlamentares destinarem parte desses recursos àquilo que quiserem, independente de todo o planejamento e todo controle social dos Conselhos de Saúde, fragmentando ainda mais as ações de assistência em saúde.

Mendes (2015b) afirma, ainda, que já há vários cálculos realizados que indicam redução dos já esparsos recursos do SUS com esta emenda. Segundo o autor, há quem aponte perda de cerca de R\$9,2 bilhões para as ações e serviços públicos de saúde já no primeiro ano de implantação da EC nº 89/2015, em 2016. Além de que, com a aprovação dessa, a bandeira histórica dos movimentos sociais em saúde que apontam para os mínimos de 10% da RCB ou

10% do PIB²⁷ foi deixada em segundo plano novamente (CISLAGHI, 2015). Assim, de um lado rebaixa-se o debate sobre as necessidades para o financiamento do SUS que estava em curso entre seus defensores e, ao mesmo tempo, mantém o quadro de subfinanciamento.

Diversos autores (BAHIA, 2011; BORGES, 2012; CARVALHO, 2011; CORDEIRO et al., 2011; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011) trazem a discussão do financiamento das políticas sociais do Brasil, comparando com os gastos com saúde em outros países²⁸. Observa-se que o financiamento total do gasto com saúde no Brasil gira em torno 8% do PIB, situando o país nos mesmos patamares de apropriação da riqueza nacional para a saúde de países da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) (Tabela 4). Apesar dessa primeira semelhança, há drástica diferença quando se olha a proporção dos gastos públicos e dos gastos privados, comparando o Brasil com esses países (CORDEIRO ET AL., 2011; NORONHA ET AL., 2011; CEBES, 2011). Nesses, o financiamento público é responsável pela maior parte dos gastos, em torno de 70% ou mais, havendo a indicação de que cobrem, em geral, cerca de 90% da população. No Brasil, pode-se verificar que essa relação se inverte, com gasto público em saúde em geral menor do que o gasto privado, o que revela uma composição contraditória para um sistema que se pretende universal, havendo a indicação de que cerca de 75% da população é dependente do setor público.

A literatura apresenta uma crítica e uma ressalva ao fato de essa proporção do gasto público ser menor que o gasto privado. A ressalva é que o Brasil é o único país com sistema universal de saúde em que o gasto privado é maior que o gasto público (BAHIA, 2011; CARVALHO, 2011; CORDEIRO et al., 2011; MENDES, 2012; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011). Assim, há referências de que a primeira disjuntiva de estudos sobre financiamento com análise comparada de diferentes países está na composição público-

²⁷ Cislighi (2015) resgata que a proposta de destinação de 10% da RCB para a saúde é defendida pelo Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, ou Saúde Mais 10 (composto por mais de 100 entidades, entre elas o Conselho Nacional de Saúde) e virou projeto de lei de iniciativa popular Projeto de Lei Complementar nº 321/13, apresentado em agosto de 2013. Esse foi tornado apêndice do PLP nº 123/2012, o qual visa regulamentar o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União (e que visa revogar dispositivo da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012), no entanto, esse expirou por exceder o prazo de despacho. Há também a defesa da aplicação de 10% do PIB exclusivamente em saúde pública e estatal, sendo aprovada enquanto resolução na 14ª Conferência Nacional de Saúde, e defendida por alguns movimentos populares como a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

²⁸ Quando se traz, aqui, alguns dados de outros países, embora sejam apresentados alguns comparativos, este trabalho não pretende fazer uma transposição de modelo ou uma correlação direta. Como indicado inicialmente, parte-se do referencial do materialismo dialético, onde se deve considerar a formação, desenvolvimento e realidade nacional de cada país em sua singularidade, compondo aspectos históricos, econômicos, políticos e sociais. Como verão neste capítulo, serão apresentados alguns dados simplificados, sem uma análise da complexidade dos outros países citados, mas se manteve esses dados, inclusive, por ser uma discussão presente em diversos trabalhos que fazem o debate de financiamento na área da Saúde Coletiva.

privada do gasto em saúde. Afirma-se, de maneira geral, que os países que optaram por sistemas universais e quantitativos apresentam acentuado predomínio dos gastos públicos, diferentemente do Brasil que mantém percentual mais elevado de gastos privados do que de gastos públicos.

Tabela 4 - Gastos com saúde a partir da % PIB; gasto em saúde *per capita* e % de gasto público, referente ao gasto corrente em saúde do Canadá, Reino Unido, Espanha, Portugal e Brasil

País/ano	% PIB gasto na saúde					Gasto público com saúde <i>per capita</i> (valor de compra em US\$)					% do gasto público referente ao gasto corrente em saúde				
	1995	2000	2005	2010	2015	1995	2000	2005	2010	2015	1995	2000	2005	2010	2015
Canadá	8,6	8,3	9,1	10,7	10,2	1420	1695	2293	3008	3266	70,9	70,0	69,9	70,1	77,5
Reino Unido	6,0	6,3	7,4	8,5	9,8	1071	1360	2083	2181	2204	84,1	79,1	81,1	82,9	79,0
Espanha	7,0	6,8	7,7	9,0	9,0	834	1064	1538	1846	1737	72,0	71,4	71,9	74,8	69,9
Portugal	7,2	8,4	9,4	9,8	8,9	605	1053	1484	2517	3171	61,5	70,5	71,3	69,8	66,0
Brasil	6,5	7,0	8,3	6,1	6,2*	231	259	380	491		43,0	40,3	41,5	56,6	55,2*

Fonte: Dados Estatísticos sobre Saúde da OCDE (OECD, 2016). Construção própria. * valor referente ao ano 2013

Outra questão importante que é apresentada nos estudos que fazem análise comparada é o aspecto da Paridade de Poder de Compra e o gasto *per capita* com saúde (BAHIA, 2011; CARVALHO, 2011; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011). Registra-se uma Paridade de Poder de Compra e gasto *per capita* bem menor no Brasil do que em outros países que apresentam sistemas universais. O Cebes (2011) indica que o Brasil é um dos países com menor financiamento público *per capita* do mundo, inclusive inferior à Argentina, Uruguai, Chile, Costa Rica e Panamá, na América Latina.

Faz-se uma ressalva, entretanto, uma vez que como parte da população é coberta por planos e seguros privados de saúde, isso levaria à diferenciação de acesso e de gasto com saúde *per capita*. Noronha, Santos e Pereira (2011) afirmam que, se se descontar os gastos gerais, não explicitamente seletivos do setor público (como a saúde pública, o programa de imunização, as ações de vigilância sanitária e com a alta complexidade não coberta privadamente), situando-os em torno de 15% do gasto público total, e considerando os dados da PNAD de 2003 e de 2008 que identificaram 25% da população como estando coberta por planos e seguros de saúde, pode-se estimar, para 2007, que os gastos *per capita* com a atenção à saúde ficaram em R\$480 para os que têm acesso exclusivamente aos serviços do SUS, contra R\$1.128 para os que têm cobertura por planos. Trata-se de flagrante inflação distributiva.

Nessa perspectiva, Bahia (2011) afirma que o Brasil destina pelo menos duas vezes mais recursos financeiros para quem está vinculado aos planos e seguros de saúde do que para

ações universais. Além dessa constatação, é importante, segundo a autora, observar que há a existência de distintos padrões de planos, havendo significativa desigualdade de acesso e de gastos, inclusive entre a parcela que tem cobertura por planos e seguros privados. Assim, a literatura mostra que a diferença de financiamento do setor público e do setor privado gera desigualdade de acesso ao cuidado à saúde.

Vale indicar também, que o subsídio estatal ao setor privado da saúde também se dá de maneira direta, com abertura em 2007 de financiamento subsidiado pelo BNEDS – BID para hospitais de grande porte, os quais, praticamente dobraram sua capacidade de instalação; ou, através de subsídios e da isenção fiscal, contabilizados como gastos públicos sem terem sido realizados pelo Estado. Os subsídios indiretos e a isenção fiscal permitem a dedução do valor do tributo a pagar por empresas e famílias, ou mesmo descontos tributários, sob o argumento de beneficiar determinados setores (CARVALHO, 2011; MENDES, 2012; MENICUCCI, 2011; OCKÉ-REIS, 2011; VIEIRA, 2016).

Menicucci (2011) afirma que, embora a hipótese da eliminação dos subsídios necessariamente não se traduza em aumento de recursos para o SUS, a permanência desse subsídio indireto para o setor privado, em um quadro de insuficiência de financiamento do sistema público, reafirma a dualidade da política de saúde no país. Ocké-Reis (2011) já é mais categórico e afirma que os subsídios do governo, que patrocina o consumo dos planos privados de saúde, privou o SUS de recursos financeiros, os quais poderiam ser utilizados para ampliar a cobertura e incrementar a qualidade.

Debate-se que, desde o início da década de 1990, a área da saúde vem elevando, ininterruptamente, subsídios públicos (diretos e indiretos) ao mercado de planos e seguros privados de saúde. Esses subsídios incluem a isenção tributária a hospitais privados terciários credenciados por operadoras de planos privados, a participação do orçamento público, incluindo subsídios no nome Pessoa Física (IRPF) e de pessoa jurídica (IRPJ) dos consumidores de planos privados de saúde, e o não ressarcimento das operadoras privadas previstos na Lei nº 9.656/1998. Na Tabela 5, apresentam-se os valores da renúncia fiscal na saúde nos anos de 2007 a 2011, como forma de exemplificar o que está sendo indicado.

Mendes (2012) afirma que o total dos benefícios tributários concedidos à saúde privada cresceu de forma considerável. É relevante, segundo o autor, considerar o incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada na avaliação dos gastos públicos. A partir desses dados, observa-se que a renúncia fiscal correspondeu a cerca de 10% dos gastos públicos em saúde. Nesse aspecto, o autor salienta que não resta dúvida que o aumento desses incentivos fiscais ao capital privado vem respondendo à necessidade de valorização desse

capital no contexto do capitalismo financeirizado e sua crise. Além disso, ao se analisar a participação das principais funções no total dos gastos tributários, entre 2003 e 2012, o autor constata que a saúde é a terceira maior função, sendo inferior apenas às funções de “Comércio e Serviço” e “Indústria”, respectivamente. Por sua vez, ao se analisar a participação das modalidades de gastos tributários sobre o total de gastos da função Saúde, observa-se que as “Despesas Médicas do IRPF” e “Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados – IRPJ” são as principais. Fica explícito que os gastos públicos e privados incidem na relação entre o mercado privado e o padrão de financiamento público da saúde universal, gerando consequências referentes ao acesso e equidade ao cuidado em saúde.

Tabela 5 - Renúncia fiscal da União para a saúde, nos anos de 2007 a 2011, em bilhões de reais correntes, especificados a partir de cada Benefício Tributário

Benefício Tributário	2007	2008	2009	2010	2011
IRPF – Despesas médicas	2,3	2,6	3,1	3,3	4,4
IRPJ – Assistência à saúde dos empregados	1,9	2,1	2,3	3,0	2,9
Entidades sem fins lucrativos – Assistência Social	1,6	1,8	2,1	2,6	2,2
Indústria farmacêutica (medicamentos)	2,0	2,2	5,1	3,5	4,0
Total	7,8	8,7	12,6	12,4	13,5

Tabela retirada Mendes (2012). Fonte: 2007 a 2010 – MF; 2011 – Projeções apud Carvalho (2010).

Outros aspectos que merecem ser apresentados, que reforçam a discussão sobre a perspectiva de uma reafirmação ainda maior da dependência com o capital internacional e o financiamento da saúde, foi a aprovação no Congresso Nacional a Lei nº 13.097/2015. Essa Lei permite a exploração na área da saúde por empresas e capitais estrangeiros através da instalação, operacionalização ou exploração de hospitais (inclusive filantrópicos) e clínicas; permite a atuação do capital estrangeiro em ações e pesquisas de planejamento familiar; e, organização de serviços de saúde exclusivos para atendimento aos funcionários de empresas. A presença do capital estrangeiro já existe em outras áreas da saúde, a exemplo dos planos e seguros de saúde, e da indústria farmacêutica. Porém, essa nova Lei representou alteração na Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90), que originalmente proibia os investimentos estrangeiros no setor. Desde 2009, tramitava no Senado uma proposta de lei (PLS nº 259/2009) que permitiria a entrada de capital estrangeiro no subsetor de serviços de saúde, no entanto, essa só foi aprovada em 2015 (CISLAGHI, 2015; MENDES, 2015b).

Pode-se afirmar que aqui fica explícito mais uma manifestação do movimento de reversão neocolonial, indicado anteriormente. Como apresentado, no bojo da contra-reforma

do Estado, a partir das exigências da ordem global, foi observada, nos países de capitalismo dependente, a regressão das forças produtivas (muito claro no setor industrial) e a desnacionalização da economia. Com a aprovação da Lei nº 13.097/2015, o capital internacional apropriou-se de mais um setor da economia brasileira, o que intensifica a desarticulação dos centros internos de decisão em relação às políticas sociais.

Cislaghi (2015) expõe que somente depois da aprovação da Lei nº 13.097/2015 é que o governo federal saiu em sua defesa, mas sustentou a aprovação sem nenhum tipo de veto nesse sentido. Afirma, ainda, que o governo federal insistiu no argumento de que a primeira “brecha” para a entrada de capital estrangeiro no mercado de saúde brasileiro ocorreu em 1998, com a lei que regulamenta Planos de Saúde que autorizava às operadoras de saúde de capital internacional (sob a liderança do capital financeiro) a compra de planos e seguros de saúde no Brasil. Sendo assim, o governo, apesar de ser contra, se posicionou no sentido de que a Lei nº 13.097 não constituiu uma novidade nesse campo, legitimando-a de alguma forma. Cislaghi constata, também, que as entidades e os movimentos sociais não haviam sido chamados antes da aprovação da Lei para um diálogo e debate. Fica mais uma vez explicitada a relação direta com o capital internacional, a submissão do mercado interno brasileiro e a dificuldade de articulação com os movimentos sociais.

Após a aprovação dessa Lei, várias entidades vinculadas à saúde (Cebes, FNCPS²⁹, Abrasco³⁰) se posicionaram contra a mesma, apontando o seu desrespeito ao texto constitucional, defendendo que o Supremo Tribunal Federal decida pela aprovação da Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin).

Menicucci (2011) indica que, por meio de mecanismos indiretos, particularmente o subfinanciamento do SUS, o próprio governo não garantiu a viabilização dos objetivos da Constituição de 1988. A indefinição e a ausência de fontes de financiamento estáveis, em um primeiro momento, e insuficientes, no momento atual, têm barrado os avanços da implantação do sistema público. Mendes (2015b) indica que, para enfrentar o subfinanciamento estrutural do SUS, é necessário defender a rejeição da política econômica, conhecida como o famoso

²⁹ Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, criada em 2010, é composta por diversos Fóruns estaduais em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade (informações retiradas do site <http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>, acessado em 14/10/2016).

³⁰ Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco – foi fundada em setembro de 1979, criada com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva, para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e dessa com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil. Também atuou em espaços para a construção da reforma sanitária, como 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (informações retiradas do site <http://www.abrasco.org.br/site/> acessado 20/09/2015).

tripé econômico – juros altos/metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante – que restringe a possibilidade de gastos públicos, mesmo os sociais. Essa política vem sendo adotada pelo governo federal desde 1995, em consonância com as prioridades pautadas pelo capital financeiro, a fim de garantir a valorização de seu capital ante a crise. O autor indica que os gastos nas áreas da Seguridade Social, com caráter universal, devem ser entendidos como mecanismos indiretos de redistribuição de renda, uma forma de não responsabilizar a população e garantir as políticas sociais como direitos.

Reforça-se a importância de se compreender os impasses do financiamento do SUS articulando duas análises: por um lado compreender a singularidade do país e como foi sendo constituída a política macroeconômica restritiva, ao longo da década de 1990 e 2000, e, de outro lado, compreender os efeitos da dinâmica do movimento do capital contemporâneo, que esteve sob comando do capital portador de juros e sua insaciabilidade pela apropriação dos recursos do fundo público (restringindo o financiamento da seguridade social e mais especificamente da saúde) (MENDES, 2012).

Partindo do pressuposto de que o movimento contemporâneo abarca uma reversão das conquistas sociais, sendo que o espaço antes ocupado por uma esfera pública passou a englobar cada vez mais a lógica do privado/mercado, olhar para aspectos do financiamento da saúde pública reforça a prerrogativa apontada por Montaño (2002) sobre reduzir a intervenção social do Estado e transferi-la ao mercado com a responsabilização da sociedade civil. Fica explícito que o capital busca desonerar-se da contribuição compulsória, seja pela pressão por subsídios fiscais, seja pela pressão de se priorizar o pagamento da dívida pública e flexibilizar o financiamento da seguridade social, seja pelo não investimento em políticas públicas, levando o mercado e os gastos privados a se ampliarem.

Andreazzi (2014) reforça o subfinanciamento progressivo do SUS e é categórica em afirmar que essas análises não podem estar isoladas da perspectiva da contra-reforma do Estado, iniciada por Bresser Pereira, em 1995. Assim, discutir a questão do subfinanciamento nos leva a olhar aspectos econômicos e políticos, culturais e sociais do país, os quais vêm sendo instituídos nas últimas décadas. Tenta-se enfatizar, através de exemplos em relação ao financiamento das políticas sociais e de saúde que, apesar de uma tendência internacional que influencia a implementação da política social aqui instituída, este processo não se deu de forma abstrata e tão somente por uma imposição externa. Mendes (2012) faz a ressalva da importância de observar que aspectos do subfinanciamento do SUS decorreram, em larga escala, no plano específico interno do país, com a manutenção de uma política econômica

federal, a partir da correlação de forças aqui instituídas. Corrobora-se com essa análise e busca-se fazer esse exercício no Capítulo aqui apresentado.

CAPÍTULO 3

A PROVISÃO DE SERVIÇOS: O ENTRELAÇAR ENTRE A OFERTA DOS SERVIÇOS ESTATAIS, DOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES E DOS SERVIÇOS SUPLEMENTARES

Como já indicado no início deste trabalho, apesar de grandes contradições, o SUS ainda constitui uma das legislações mais progressistas do mundo, que visou garantir o direito à saúde a qualquer ser humano que viva ou que esteja no país. É imprescindível valorizar a conquista e a implementação concreta dos serviços de saúde nesses últimos 28 anos.

Como apresentado anteriormente, a Constituição de 1988 foi implementada no seio de uma disputa entre diversas perspectivas político-econômicas e, portanto, nela ficou instituído que o Estado deve garantir uma rede de serviços própria, sem, no entanto, excluir a possibilidade de participação de entidades privadas, quando necessário. Ficou explicitado, na Constituição, que o setor privado comporia com as ações de saúde junto com o setor público, como já vinha sendo feito durante o regime militar, tendo caráter complementar como trata o artigo 197³¹.

Assim, a lei considerou que, além do sistema público estatal, poderá existir serviço complementar que comporá o atendimento com a rede pública, que se acrescerá ao SUS mediante contratos e convênios. Estabeleceu-se, também, a existência de uma rede de serviços privados que não possuirá vínculos com o sistema público (denominada “serviços suplementares”³², através da Lei nº 8.080/1990), prestando serviço à população mediante pagamento direto ou por instituições que intermedeiem a relação prestador-consumidor. Ficou ainda, vedado, à iniciativa privada, a área de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, como trata o artigo 199³³.

³¹ 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.

³² Andreazzi (2014) indica que, nos anos 1990, a OCDE, propôs a seguinte tipologia para caracterizar o papel dos seguros privados de saúde: 1) Duplicado: quando oferecem cobertura para serviços de saúde já incluídos no seguro público; 2) Primário: quando representam o único acesso disponível a seguros de saúde, porque os indivíduos não possuem um seguro público; 3) Complementar: quando se destinam a pagar integralmente ou em parte os custos residuais não reembolsáveis (copagamentos) do acesso aos serviços no esquema público ou privado primário; 4) Suplementar: quando provêm cobertura para serviços de saúde não cobertos pelo esquema público. A autora indica que, no Brasil, a despeito dos seguros serem denominados sistema suplementar, na verdade seriam duplicados segundo essa taxonomia.

³³ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 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. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a

Entretanto, observa-se que, ao longo desses anos, a atuação complementar de entidades privadas no SUS, prevista como exceção quando os serviços estatais fossem insuficientes para garantir a cobertura assistencial, foi se tornando a regra. Bahia (2008) afirma que, uma vez que o componente privado da rede assistencial do SUS não foi estatizado – nem no curto ou no médio prazo – a presença do setor privado dentro do setor público passou a ser encarada com relativa naturalidade. Além disso, como já discutido aqui, a contra-reforma em andamento no país apresenta clara perspectiva terceirizadora das funções do Estado, apontando a consolidação de um modelo de parceria público-privada na instituição de serviços públicos de saúde (ANDREAZZI, 2014; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; GOMES, 2014; SANTOS, 2013).

Há autores que chegam a afirmar, inclusive, que, embora a Constituição de 1988 tenha se baseado em princípios beveregianos, o sistema de saúde brasileiro apresenta, na prática, estrutura mais próxima do modelo americano, com predomínio do setor privado e ação estatal compensatória. A universalização, no caso brasileiro, teria assumido a função de não incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público de saúde, mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento (BAHIA, 1997; OCKÉ-REIS, 2011).

O Cebes (2011) afirma-se que, na prática, o rumo do sistema público de saúde brasileiro é destinado aos 75% mais pobres da população. Ele é, porém, complementar para os 25% restantes (afiliados aos planos e seguros privados de saúde), em especial para os serviços diagnósticos e terapêuticos de maior custo, ações de imunização, de vigilância em saúde e outros, explicitando o que alguns autores chamam de sistema dual.

Assim, autores da área da Saúde Coletiva apontam a impossibilidade de que sejam tratados de forma separada - no âmbito das políticas de saúde - a oferta de serviços do SUS e a oferta dos serviços suplementares. Vem sendo ampliada a discussão sobre o efeito de um sistema dual, inclusive na perspectiva de influenciar a manutenção das desigualdades entre a população brasileira. É possível observar, ao ler os trabalhos sob essa perspectiva, diferentes propostas, tanto sobre fazer uma crítica direta ao setor privado nessa relação com o setor público (ANDREAZZI, 2014; BAHIA, 1997; BAHIA, 2008; BORGES, 2012; OCKÉ-REIS, 2011; OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009), como sobre a importância de uma ação regulatória integrada que possa atenuar tais efeitos negativos (CORDEIRO et al., 2011).

participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Considerando essa dualidade, através de um levantamento da literatura da área, o esforço nesta dissertação foi fazer o exercício de, por um lado, valorizar a construção e conquista histórica da Constituição de 1988, na proposição do SUS; e, por outro lado, analisar alguns contrapontos que vêm sendo constituídos nesse processo na relação do setor público com o setor privado. Parte-se do pressuposto de que a constituição de um sistema de saúde (público, privado ou dual) envolve um processo em constante construção, o qual vai sendo continuamente definido pela correlação de forças que se institui nos diferentes momentos entre capital e trabalho. Não há a pretensão de esgotar, aqui, tal análise, mas sim esboçar alguns aspectos dessa relação público/ privado dentro da oferta de serviços à saúde.

Este Capítulo será constituído, portanto, de um item que foca inicialmente os serviços gratuitos (estatais e complementares), em diálogo com os movimentos sociais que fizeram parte do movimento de implementação da rede de serviços. Posteriormente, serão abordadas algumas questões do setor suplementar, realizando-se uma breve apresentação dos planos e seguros de saúde e das Agências Reguladoras.

1 Provisão de serviços públicos: a relação dos serviços estatais e serviços complementares

Paim et al. (2011) indicam que, da década de 1970 até a década de 2010, houve grande ampliação da oferta de serviços de saúde no país. O Gráfico 4 indica considerável ampliação, principalmente após a implementação do SUS, na oferta de serviços da Atenção Básica, havendo crescimento também da oferta de serviços ambulatoriais especializados e serviços diagnósticos e terapêuticos.

No entanto, os autores apontam a importância de olhar para a oferta, ao mesmo tempo que se dimensione a composição dos serviços de administração direta e os serviços que compõem a rede complementar (Tabela 6). Pode-se constatar, pela Tabela 6, que as unidades de Atenção Básica e as de emergência são em grande parte estatais³⁴, enquanto os hospitais,

³⁴ Embora sejam caracterizadas como serviços estatais, verifica-se um processo de terceirização da gestão, sendo contratadas Organizações Sociais ou outras figuras jurídicas instituídas, após a década de 1990, para fazer a gestão desses serviços, o que se considera, aqui, mais uma forma de privatização não clássica como indicado anteriormente. Isso leva à constatação de que, apesar de terem aumentado as ofertas de serviços no SUS, desde a sua instituição, ao longo desses anos houve significativo aumento da participação privada dentro da própria rede de serviços públicos, aspecto esse que a Tabela acaba não caracterizando. Santos (2013) afirma que, atualmente, cerca de 60% recursos humanos dos serviços públicos são terceirizados, ou seja, não são profissionais estatutários.

ambulatórios especializados e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) são majoritariamente privados.

Gráfico 4 – Tipos de serviços de saúde implementados no Brasil, correlacionando-se com o número de serviços e o ano de implementação (período de 1970 a 2010)

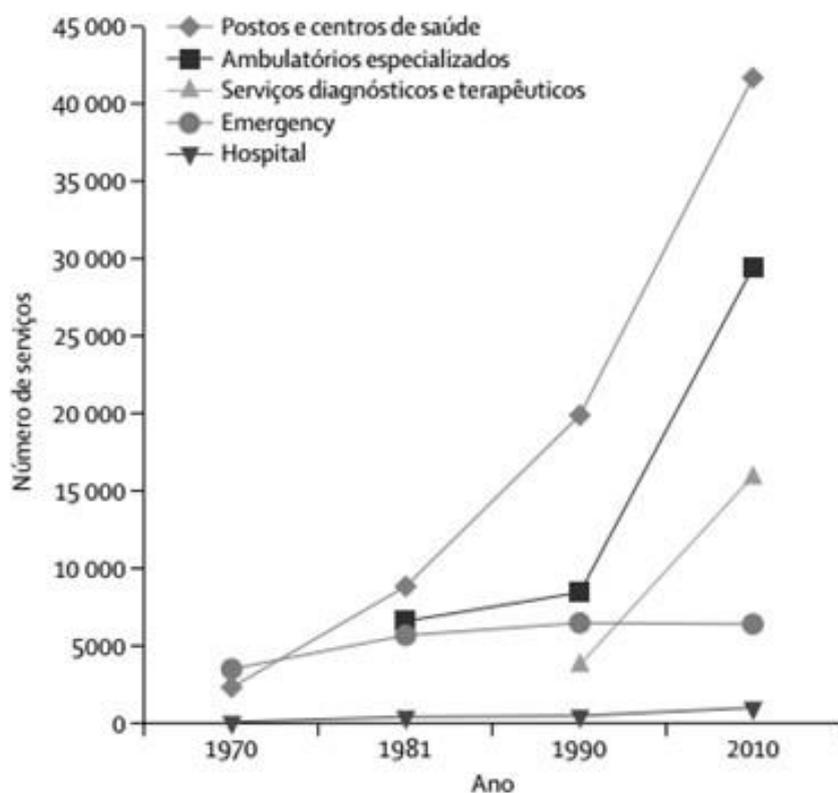


Gráfico retirado de Paim et al. (2011).

Entre 1968 e 2010, foram criadas 39.518 unidades de atenção básica (postos e centros de saúde), sendo que se verifica, na década de 2000, aumento significativo das Equipes de Saúde da Família, com ampliação inclusive de equipes de saúde bucal. Em 2010, apenas 6,4% dos SADT eram públicos. Borges (2012) afirma que, em relação a esse tipo de serviço, os estabelecimentos privados que informaram prestar atendimento ao SUS foram responsáveis por 72,4% das internações do setor. Em outras palavras, quase três quartos das internações se dão no setor privado e praticamente toda a rede de exames é privada, configurando o predomínio de serviços da rede complementar nesse tipo de oferta de serviço.

Menicucci (2011) afirma que, em sua avaliação, houve reversão do modelo assistencial centrado no atendimento hospitalar, com ampliação da rede pública, principalmente na área ambulatorial e acesso à atenção básica. No entanto, segundo a mesma autora, a rede hospitalar é, ainda, o “calcanhar de Aquiles” do SUS, sendo significativa a superioridade dos leitos privados. Segundo a Tabela 6, o Brasil tem 6.384 hospitais, dos quais

69,1% são privados. Esses dados vão ao encontro das afirmações de Cordeiro et al. (2011), que indicam que o SUS utiliza hospitais próprios, mas também contrata ou convenia 69% dos hospitais e 65% dos leitos privados existentes no país. Ou seja, grande parte do setor privado da rede hospitalar tem, de alguma forma, relação direta com o Estado e o fundo público para oferta de serviços³⁵.

Tabela 6 - Oferta de serviços, equipamentos e recursos humanos, no período de 1970 a 2010, sendo explicitada a porcentagem da oferta pública

	1970	1980	1990	2000	2010
Serviços					
Postos e centros de saúde	2149	8767 (1981)	19839	-	41667
Públicos (%)	-	98,9	98,3	-	98,7
Ambulatórios especializados	-	6261	8296	-	29374
Públicos (%)	-	53,9	20,6	-	10,7
Policlínicas	32	-	-	-	4501
Públicos (%)	-	-	-	-	26
Unidades de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico	-	-	4050 (1992)	7318 (1999)	16226
Públicos (%)	-	-	5,4	4,9	6,4
Serviços de emergência gerais e especializados	100	292	286	-	789
Públicos (%)	-	43,5	65,7	-	77,9
Hospitais	3397 (1968)	5660	6532	7423 (2002)	6384
Públicos (%)	14,9	16,4	21,1	34,8	31,90
Equipamentos					
Mamógrafos (n)	-	-	-	1311 (2006)	1753
Públicos (%)	-	-	-	25,9	28,4
Aparelhos de Raio X (n)	-	-	-	13676	15861
Públicos (%)	-	-	-	54,3	58,9
Aparelhos de tomografia computadorizada (n)	-	-	-	952	1268
Públicos (%)	-	-	-	22,4	24,1
Aparelhos de Ressonância Magnética (n)	-	-	-	212	409
Públicos (%)	-	-	-	14,6	13,4
Aparelhos de ultrassonografia (n)	-	-	-	6789	8966
Públicos (%)	-	-	-	48,9	51
Equipes de saúde da família					
Agentes comunitários de saúde (n)	-	-	78705	134273	244000
Equipes de saúde da família (n)	-	-	3062	8503	33000
Profissionais especializados nas equipes de saúde bucal (n)	-	-	0	0	17807 (2008)

Gráfico retirado de PAIM et al. (2011).

³⁵ O restante dos leitos privados não conveniados ao SUS estaria disponível para ser utilizado por serviços financiados pelo desembolso direto ou pelo segmento suplementar. A oferta para consumo privado pode contar com alguns leitos públicos, tais como os de hospitais universitários e de outros hospitais públicos que têm contratos com planos privados, ou de hospitais militares e instituições de previdência estadual e municipal (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003; CORDEIRO et al., 2011). Borges (2012) reforça que muitos dos hospitais privados com ou sem fins lucrativos são simultaneamente prestadores de serviço do SUS e dos planos de saúde, havendo inclusive nítida diferença ante o atendimento dado aos pacientes dos planos privados em detrimento àqueles do SUS, em que pese a maior participação do financiamento público para a unidade prestadora dual.

Bahia (2011) indica que, entre 1988 e 2005, a expansão dos estabelecimentos públicos com internação foi superior à dos privados (49,59 e 23,34%). Porém, há que levar em conta que a rede hospitalar durante o regime militar era predominantemente privada. Essa ampliação de estabelecimentos públicos, com a participação dos prestadores de serviços públicos no destino dos recursos federais elevou-se continuamente (39% em 1987, 37% em 1997, 47% em 2007), apesar de que há simultaneamente aumento do número de brasileiros vinculados a planos de saúde, além de que não foram detectados sinais de universalização da utilização e oferta de determinados equipamentos.

Dentre as mudanças na estrutura da oferta, Bahia (2011) indica que houve também aumento de estabelecimentos privados de diagnóstico e terapia, com destaque no final dos anos 1990 e início da década de 2000; ainda, aumento da criação de fundações privadas e entidades sem fins lucrativos (Gráfico 5) como visto anteriormente, reflexo esse da contra-reforma que estava em curso.

Gráfico 5 - Fundações privadas e associações sem fins lucrativos de saúde segundo período de fundação

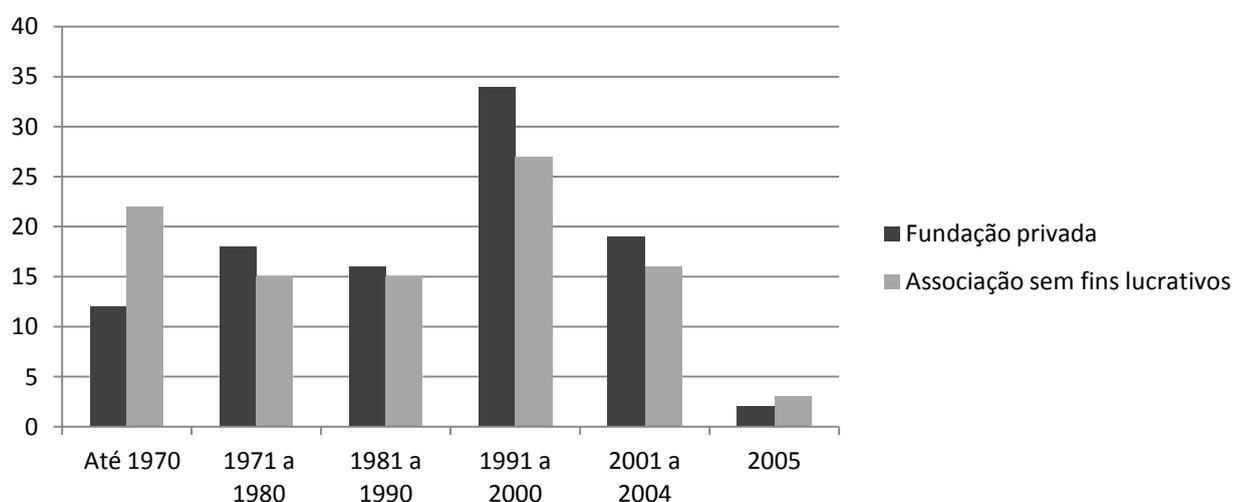


Gráfico retirado de Bahia (2011). Fonte: IBGE.

Cabe fazer aqui, mesmo que de maneira sucinta, uma leitura sobre como essa implementação dos serviços foi se dando, e quais os atores sociais envolvidos. Como apontado anteriormente, buscou-se neste trabalho fazer um resgate, a partir de uma leitura histórica, na busca por compreender os processos institucionais, políticos, econômicos e sociais que envolvem o contexto e a relação público-privado que vai se compondo e se constituindo na formação do SUS.

Desde o início da década de 1990, autores da saúde coletiva indicavam haver uma lógica do mercado dentro das práticas de cuidado em saúde. Campos (1997) afirmava, já no início da década de 1990, que o modo de produção da atenção médica não podia ser explicado por uma dicotomia simples, explicitando que

Há no Brasil uma clara hegemonia do que poderíamos chamar de forma de produção neoliberal [de serviços de saúde], compondo uma estrutura de serviços que utiliza várias modalidades assistenciais: a do trabalho assalariado, de pequenos produtores autônomos independentes ou em associação com outras instituições, empresas e ação estatal. Seu funcionamento tem conseguido assegurar a reprodução de uma forma mercantilista de prática, a qual sobrevive articulando interesses empresariais com os de amplas parcelas de profissionais de saúde – particularmente médicos e dentistas. (...) A viabilidade desse modelo depende também da intervenção e de ações complementares do Estado, que podem ser consideradas estranhas ao liberalismo tradicional. Assim, o Estado teria de prover suporte econômico financeiro até ao próprio setor privado, realizar ações de abrangência coletiva, e, até mesmo, prestar atendimento individual às parcelas que não conseguem se incorporar ao mercado (CAMPOS, 1997 p. 41).

Verifica-se que, já em 1992, durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, apontava-se o não cumprimento da legislação sanitária e se defendia a municipalização da saúde. Segundo Paim (2007), o governo do Presidente Itamar teria efetuado esforços para a descentralização das ações e dos serviços de saúde, consubstanciados na Norma Operacional Básica 01/93 (NOB-93), com o apoio do Conasems³⁶. Observa-se uma fase de transição de uma situação em que os municípios eram tratados como meros prestadores de serviços para uma fase de municipalização. Foi nesse processo que se extinguiu formalmente o Inamps, desenvolveu-se certa interlocução com os movimentos sociais (o funcionamento de Conselhos de Saúde era um dos requisitos para o repasse de recursos), fez-se avançar a descentralização, criou-se o Programa de Saúde da Família (PSF) e se iniciou a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, sobre os medicamentos genéricos e a regulação do Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS). No entanto, há a concepção de que, embora se avançasse no sentido da descentralização e da participação da comunidade, a NOB-93 permaneceu ainda distante do

³⁶ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems - é uma entidade que representa potencialmente os interesses das Secretarias Municipais de Saúde e congrega todos os Secretários Municipais de Saúde como membros-efetivos. Funciona como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações de seus associados (informações retiradas do site <http://www.conasems.org.br/>, acessado 20/09/2015).

marco legal, pois não valorizou a integralidade, nem investiu no redirecionamento do modelo de atenção de maneira mais estrutural (PAIM, 2007).

Campos (1997) retoma, ainda, que os critérios que eram utilizados para remuneração dos municípios traziam para o setor público elementos da lógica de mercado, em acordo com o que já vinha sendo recomendado pelo pensamento hegemônico da época. Assim, a remuneração de cada município era feita pelo volume de procedimentos individuais realizados, adotando um procedimento muito semelhante ao utilizado em hospitais e clínicas privadas. O autor indica que recursos para novos investimentos ficavam na dependência de negociações e acordos políticos.

Nesse sentido, Cohn (2011) indica que não há como desconhecer, no interior do aparelho do Estado, e, em particular, na área da saúde uma segunda onda de privatização (também considerada uma forma de privatização não clássica) que diz respeito à transposição da lógica privada de mercado para a gestão do setor público de serviço de saúde. A autora indica que, paralelo a isso, foi possível verificar ter havido baixa capacidade de regulação do Estado, tanto do setor privado como do setor público, aquela sendo, segundo a autora, um dos déficits históricos mais antigos e mais resistentes à mudança, dada a herança patrimonialista do Estado brasileiro.

Paim (2007) retrata, em seu trabalho, a redefinição no movimento da RSB. Afirma que, ao longo da década de 1990, aparecem, inclusive, outras denominações como “movimento da saúde” ou “movimento pelo direito à saúde”. Observa-se que, neste processo, uma discussão mais ampla sobre a Seguridade Social e questionamentos à ordem social capitalista (que esteve pautada de maneira mais direta na década de 1970 e 1980) acabasse ficando secundarizada, dando lugar ao debate de como realizar o SUS e as políticas de maneira institucional.

Esse autor afirma ainda que, logo no início do mandato de FHC, o governo manteve a ameaça de modificações profundas na perspectiva da Seguridade Social, questionando a definição de que *saúde é direito de todos e dever do Estado*. Foi proposto remeter para a legislação ordinária alterações em relação à universalidade e gratuidade do SUS. Se no governo do Presidente Collor essa intenção era simbolizada pela denominação de uma autarquia – Instituto Nacional de Seguro Social – o governo de FHC retomou a proposta, mediante projeto de Emenda Constitucional. Essa foi encaminhada ao Congresso no final de março de 1995, com a meta de instituição de um seguro de proteção social, que asseguraria apenas os benefícios de caráter previdenciário, dependentes de contribuição, através de um piso de um salário-mínimo. Os movimentos sociais buscaram uma maior mobilização, sendo

que Paim (2011) cita movimentações do Cebes, Abrasco e Conasems, visando reorganizar as plenárias estaduais e nacional de saúde.

Além dessa tentativa direta de reverter as conquistas instituídas em 1988, no âmbito da saúde, vale ressaltar que estava em curso o processo de “Reforma” do Estado, como já apresentado, que atingiria a saúde de forma indireta. Bravo et al. (2015) referem que a atitude defensiva assumida pelos movimentos sociais teve como determinantes, inclusive, as mudanças na esfera do trabalho, que se deram a partir da reestruturação produtiva e do aumento do setor de serviços.

Paim (2007) indica que, nesse contexto, abrem-se duas frentes de luta na saúde pública: recuperação dos princípios da RSB e o acompanhamento da implantação do SUS. O autor afirma que nenhuma dessas duas perspectivas foram suficientes para enfrentar os dois grandes projetos do governo FHC (o ajuste macroeconômico e a instituição da “Reforma” de Estado). Esses processos governamentais, além de levar à implementação tortuosa do SUS, resultou, segundo o mesmo, em mais ajuste social com aumento do desemprego, violência e piora das condições de vida e de saúde como já foi explicitado. Na medida em que havia pouco investimento em serviços públicos de saúde, com questionamentos constantes por parte dos governantes, além da mídia que desqualificava os esforços de construção do SUS, verifica-se a intensificação de segmentos da classe média e de trabalhadores de melhor nível de renda migrarem para os seguros e planos privados de saúde e outras formas de assistência médica supletiva.

Há, assim, um recuo dos movimentos sociais sendo que bandeiras históricas vinculadas ao projeto da RSB deixam de ser pautadas. Para exemplificar esse processo, Paim (2007) cita a Abrasco que passou a priorizar a sua legitimação junto ao Estado, através da Capes³⁷ e do CNPq³⁸, reforçando uma perspectiva de caráter acadêmico (embora variasse entre posições mais progressistas ou mais conservadoras de acordo com a composição de sua

³⁷ A Campanha Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (atual Capes) foi criada em 11 de julho de 1951, com o objetivo de "assegurar a existência de pessoal especializado em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades dos empreendimentos públicos e privados que visam o desenvolvimento do país". Em 1970, são instituídos os Centros Regionais de Pós-Graduação, e em julho de 1974, a estrutura da Capes é alterada e passa a ser "órgão central superior, gozando de autonomia administrativa e financeira". Na década de 1980 passa a ser reconhecida como Agência Executiva do Ministério da Educação e Cultura junto ao sistema nacional de Ciência e Tecnologia, cabendo-lhe elaborar, avaliar, acompanhar e coordenar as atividades relativas ao ensino superior; e, em 1990, é instituída como Fundação Pública (informações retiradas do site <http://www.capes.gov.br/>, acessado em 12/10/2016).

³⁸ O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) é uma agência do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e tem como principais atribuições fomentar a pesquisa científica e tecnológica e incentivar a formação de pesquisadores brasileiros. Foi criado em 1951, e tem a atribuição de contribuir na formulação e condução das políticas de ciência, tecnologia e inovação, com objetivo do desenvolvimento nacional (informações retiradas do site <http://cnpq.br/>, acessado em 12/10/2016).

diretoria). Paim (2007) relata também que o Cebes já havia, desde o início dos anos 1990, perdido o caráter de articulação, transformando-se principalmente em espaço para veiculação de ideias através da Revista Saúde em Debate. Paim indica ainda dificuldades pelo fato de os espaços políticos serem ocupados predominantemente por gestores uma vez que vários militantes assumiram cargos de gestão no início da década. Ao mesmo tempo, o Conasems vai se conformar com o papel coadjuvante e o Conass³⁹ vai adquirir mais relevância na arena burocrática, como decorrência de maior importância das funções previstas para o gestor estadual no projeto de “reforma” do governo federal.

Surge, nesse contexto, um novo sujeito político, a Rede Unida que, na prática, refletia a heterogeneidade presente nos vários espaços, com a organização de, pelo menos, três correntes entre os seus participantes: uma identificada com o governo FHC, que procurava reatualizar a RSB para melhor integrá-la (“reforma da reforma”); outra apostava no espaço das contradições e nas possibilidades de FHC avançar na saúde; e uma terceira que criticava o projeto do governo como incompatível com políticas sociais calcadas na solidariedade e no projeto da reforma sanitária, ainda que buscasse avançar atuando sobre as contradições do governo presente (PAIM, 2007).

Paim (2007) afirma, também, que passa a predominar o discurso de muitos militantes de que teriam se resignado com “a arte do possível”, seguido de um discurso jurídico legalista. Ocorre a interrupção, em 1995, das atividades da Plenária Nacional de Saúde, que por um tempo tinha representado um espaço de possibilidades para resistência do projeto que estava sendo implementado. O autor afirma que, na medida em que o movimento se transformava cada vez mais na defesa do sistema de saúde, reduzia a sua dimensão instituinte, reforçando o elemento instituído. Em outras palavras, ele fala que o movimento sanitário deixou de ser o articulador político do jogo pela reforma sanitária e uma transformação social com perspectiva ampliada. Em síntese, essa era a composição das forças políticas mais relevantes na conjuntura da saúde, ao final do primeiro mandato de FHC.

Um exemplo dos primeiros impactos da “Reforma” do Estado nesse mandato de FHC, no âmbito da saúde, estava relacionado aos hospitais universitários. Ao estudar o caso de um

³⁹ O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), entidade de direito privado sem fins lucrativos, foi fundado em 1982 e congrega os secretários e seus substitutos legais – gestores oficiais das Secretarias de Estado de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Esse constitui um organismo da direção do SUS, com mandato de representar politicamente os interesses comuns dos secretários de saúde dos Estados e do Distrito Federal, perante as demais esferas de governo e outros parceiros, em torno de estratégias comuns de ação entre os gestores estaduais de saúde (informações retiradas do site <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/20anos2.pdf>, acessado em 12/10/2016).

Hospital Universitário (HU), Cherchiglia e Dallari (2003) afirmam que, com o processo de reforma setorial do Estado, em meio a uma crise fiscal e à mudança de paradigma na nova ordem mundial, com pressões para aumentar a eficiência e a efetividade, as primeiras mudanças nos hospitais foram centradas nos métodos de financiamento - com a remuneração das ações de saúde e a introdução de novos agentes de regulação. O processo em que se estabeleceram os convênios dos planos de saúde com os hospitais vinculados às universidades federais coincidiram com as alterações das diretrizes das instituições de ensino superior⁴⁰, dentro do projeto de “reforma” do Estado, com incentivos à busca de outras fontes de receitas. Dessa forma, com restrições orçamentárias e novas regras, induziram-se adaptações e mudanças institucionais, numa mistura ainda maior entre o setor público e o setor privado, com ampliação desse último, inclusive nos hospitais públicos universitários.

Nesse processo, é possível constatar que a arrecadação proveniente do SUS continuou sendo a principal fonte, variando de 92 a 79% do valor arrecadado no período de 1995 a 2000. No entanto, no total da receita de prestação de serviços, o percentual da receita proveniente de convênios com planos de saúde e clientela particular quase triplicou no período (8 e 21%, respectivamente). As autoras afirmam que, apesar do crescimento da produção hospitalar e ambulatorial para o SUS em torno de 5% e de 11%, na produção para o setor privado o crescimento foi da ordem de 190% e 350%. Em 1997, os pacientes internados pelo setor privado representavam 3,5% do total das internações, e, em 2000, cerca de 10,5%. As autoras constataam que os recursos da medicina privada parecem, por um lado, diminuir a ameaça imediata de fechamento de atendimentos ofertados pelo HU. Por outro lado, por não ter ocorrido ampliação significativa de sua capacidade e por falta de investimentos, tais convênios trazem embutido o risco de seletividade e exclusão da clientela do SUS, uma vez que os atendimentos e o número de leitos públicos são inferiores à demanda.

Ainda sobre aspectos da constituição das redes hospitalares e desse diálogo entre o público e o privado, Borges (2012) refere que os hospitais privados gozam de autonomia para organizarem seu próprio processo de trabalho, havendo prejuízo na regionalização e na hierarquização da rede assistencial, aspecto esse que se tornou explícito nesse período. Além disso, o autor afirma que a prática médico-hospitalar hegemônica subordina a racionalidade técnica à econômica, com o predomínio das normas de mercado para a seleção dos procedimentos e recursos humanos, dos equipamentos a serem incorporados e, ainda, no recorte da demanda a ser atendida, mesmo se tratando da rede pública e atuando como serviço complementar ao estatal. Assim, aspectos epidemiológicos de riscos ou necessidades de saúde

⁴⁰ Para maiores informações sobre as Instituições de Ensino Superior e a Reforma do Estado, ler Minto (2005).

acabam muitas vezes por não compor o planejamento dessas unidades, o que reforça o fenômeno do custo crescente e de fragmentação da assistência.

Apesar dos baixos investimentos financeiros, como demonstrado anteriormente, em 1997, foi lançado “o ano da saúde no Brasil”, estabelecendo ações e metas prioritárias com destaque para PSF, descentralização com gestão plena, saúde da mulher e da criança, regulamentação dos planos de saúde, e revisão da tabela SUS. Paim (2007) afirma que, diversas lideranças do movimento sanitário, ao analisarem aquela conjuntura e suas relações com o projeto da Reforma Sanitária, as políticas de saúde e a implementação do SUS, divergiam quanto à interpretação das medidas tomadas pelo governo FHC. Admitia-se, em geral, que o governo era formado por um conjunto de forças heterogêneas, com “ilhas de racionalidades” distintas. Porém, certos grupos faziam a análise de que as políticas acabavam sendo contraditórias e fragmentadas, na dependência da composição política em cada aparelho do Estado.

Mesmo com esse cenário, Paim (2007) refere que o “projeto setorial reformista” apresentava resultados significativos quando comparado com a oferta de serviço antes da Constituição de 1988. Essa ideia é reforçada por Cordeiro et al. (2011), que afirmam que a amplitude da cobertura e o leque de serviços oferecidos aumentou entre 1998 e 2003. Esses autores pontuam que houve importante avanço no uso de serviços de Atenção Básica, tratamentos hospitalares e de exames de alta complexidade em todas as regiões do país, embora tenham sido constatados pontos de estrangulamentos na efetividade e na qualidade percebida pelos usuários, baixa oferta de serviços especializados e de diagnósticos, terapias complementares e cirurgias eletivas, com dificuldades no acesso e grande tempo na lista de espera.

Apesar disso, Gomes (2014) afirma que, ao longo dos governos de FHC e do processo de “Reforma” do Estado, verificou-se a tentativa de inversão do sentido da complementaridade prevista na Constituição para o SUS, uma vez que a iniciativa privada, que seria complementar à rede estatal, torna-se progressivamente predominante no interior do SUS. Nesse período, observa-se ampliação da saúde suplementar e aumento de fundações privadas e associações sem fins lucrativos no campo da saúde. É nessa época que é gestada a legislação referente à gestão do SUS através de serviços públicos não estatais, com a aprovação da Lei nº 9.637/1998 que dispõe sobre a qualificação das OS.

Bahia (2008) afirma que, quando são detalhadas as mudanças na composição público-privada do fluxo de recursos federais, nota-se a tendência de ampliação dos recursos para estados e municípios, com grande elevação da destinação dos recursos para os prestadores

filantrópicos. Os serviços que incluem “Contratos”, “Entidades filantrópicas” e “outros” (típicas formas de parceria público-privada) correspondia, em 1981, a 70,56%; em 1987, a 55,45%; em 1997, a 46,87%; e em 2007, a 50,44%, voltando a ampliar a composição do setor privado na última década (Gráfico 6).

Pode-se observar, a partir deste estudo, que a elevação da destinação dos recursos para os prestadores filantrópicos ocorreu e se acentuou principalmente no período pós-SUS, ao mesmo tempo que a participação dos prestadores contratados privados e dos públicos federais foi intensamente reduzida.

Gráfico 6 - Distribuição de repasses para assistência à saúde (ambulatorial e hospitalar) pelo Inamps e Ministério da Saúde, segundo tipo de prestador de serviço nos anos 1981, 1987, 1997 e 2007

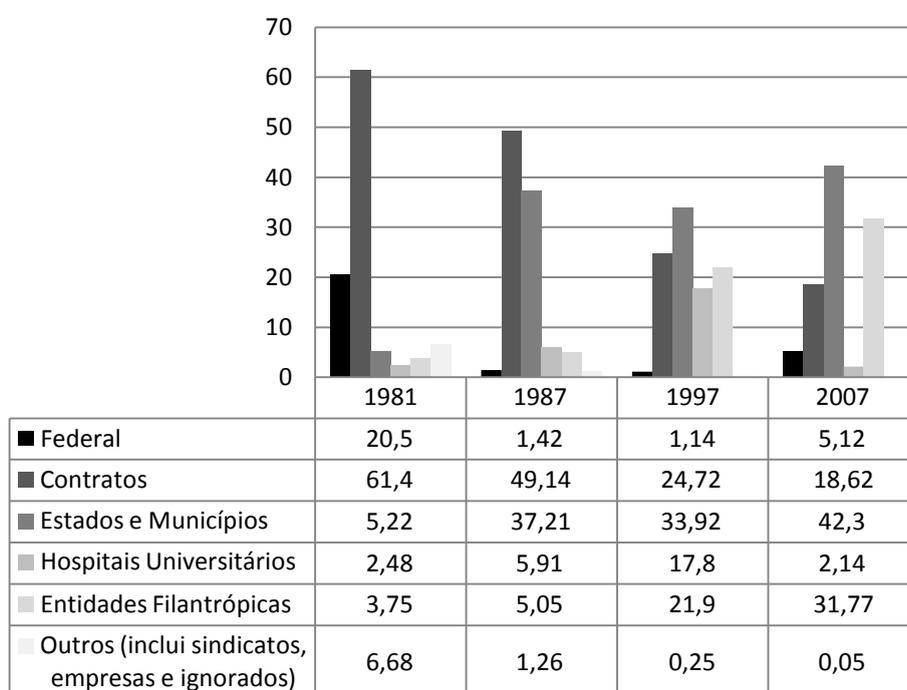


Gráfico retirado de Bahia (2008).

Em inquérito realizado pelo Conass, em 2003, constatou-se, segundo Cordeiro et al. (2011), que 67% das respostas acerca dos principais problemas enfrentados no setor de saúde pública envolviam o fator “tempo”, ou seja, filas de espera para obter consultas (41%), exames (14%) e internações (7,5%). Na resposta à pergunta sobre “quais problemas na área da saúde o governo deveria resolver?” predominou a falta de recursos (humanos, medicamentos, postos, hospitais e equipamentos) e a demora no atendimento e no agendamento.

Noronha, Santos e Pereira (2011) afirmam que, no início da década de 2000, o sistema de saúde brasileiro encontrava-se fraturado em dois. De um lado, verifica-se crescimento dos planos e seguros de saúde e, por outro, por mais que tenha sido ampliada a oferta e serviços públicos de saúde, os autores descrevem que se constituiu um sistema público com caráter focalizado, “fragmentado, múltiplo, descentralizado com escassa coordenação e articulação, subremunerado, com ênfase nas prestações médico-assistenciais sem definição de prioridades, orientados pela oferta de serviços, resultando em pontos de estrangulamento como o grande tempo em filas de espera” (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011 p. 157).

Menicucci (2011) faz a ressalva de que, nesse cenário, tiveram fortes indícios de se cristalizar a tendência de segmentação da clientela, restando ao sistema público a responsabilidade pela assistência à saúde aos segmentos da população sem capacidade de participar do mercado de planos privados de saúde, atualizando, assim, as recomendações internacionais no sentido de focalizar as políticas sociais aos mais pobres. Nos termos da autora, vão se consolidando duas lógicas na política de saúde, “uma publicista, no sentido de viabilizar o SUS (...) e outra privatista, no sentido de ampliar a cobertura dos planos e seguros de saúde” (MENICUCCI, 2011 p. 190), constituindo ou consolidando dois segmentos diferenciados, duas estruturas institucionais distintas que acabaram por compor um sistema dual.

Segundo Paim (2007), retomaram-se alguns aspectos mais críticos da RSB, nesse cenário, e percebeu-se insistência de algumas organizações, como a Abrasco e o Cebes, na defesa do projeto original. O autor indica que essas organizações cobraram posicionamento inclusive nas eleições de 2002, defendendo a “radical implementação da Reforma Sanitária”, com a perspectiva de nova correlação de forças, a partir das eleições presidenciais.

No primeiro mandato do governo Lula, embora mantida a política macroeconômica dos governos anteriores, com limitações orçamentárias, Paim (2007) afirma haver um debate sobre gestão participativa como uma diretriz para a construção de novos pactos. A 12ª Conferência Nacional de Saúde contou com investimento de militantes e gestores do então governo, inclusive com menção de princípios da Reforma Sanitária, indicando ser tarefa do governo e dos participantes fazer este resgate.

Um movimento voltado para o fortalecimento da política de saúde pública, discutindo aspectos da saúde e resgatando os princípios do SUS, deu à construção, em junho de 2005, do Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados. Esse Simpósio se propunha a “discutir e elaborar propostas com vistas à correção, avanço e consolidação dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde”, articulando a participação de parlamentares,

entidades representativas do setor, representantes do governo federal, estaduais e municipais, do Ministério Público e do Judiciário⁴¹. Esse movimento produziu o documento intitulado Carta de Brasília, o qual traz preocupação com a permanência do subfinanciamento e com distorções na estrutura dos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado. O documento aponta ainda a preocupação com a persistência de baixos níveis de saúde e elevadas desigualdades sociais e regionais. Traz a afirmação de que “a simples lógica macroeconômica de valorização do capital, através da financeirização do orçamento público, desvinculação de receitas das contribuições sociais e crescente superávit fiscal, sem considerações de seu impacto sobre as condições sociais, culturais e ambientais, não permitirá que construamos uma nação justa, equânime e saudável”, criticando políticas substitutivas de caráter focal e compensatório, fazendo a defesa da “Seguridade Social como política de proteção social universal, equânime, democrática e participativa” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2005).

Paim (2007) diz que esse Simpósio parece demarcar uma nova inflexão no movimento sanitário, reafirmando princípios e diretrizes em um momento em que eram divulgados escândalos e ocorriam mudanças nos quadros dirigentes da saúde. Nesse período, ocorre a troca do Ministro da Saúde, Humberto Costa (contra quem havia denúncias de irregularidades administrativas), com a entrada de Saraiva Filipe no ministério, o que, segundo o autor, reforçou aspectos de defesa da saúde pública. Nesse período, é elaborado o Pacto pela Saúde, com a intensificação da discussão dos 10% do PIB para o SUS (o qual não foi instituído até então, como visto no Capítulo anterior).

O Pacto pela Saúde, elaborado por representantes do Ministério da Saúde, do Conasems e do Conass, foi instituído através das Portarias nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a) e da Portaria nº 699, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006b). Esse “novo” pacto, composto pelo “Pacto pela Vida”, “Pacto em defesa do SUS” e “Pacto de Gestão”, visava reforçar mudanças para a execução do SUS. Dentre as mudanças indicadas estava a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais;

⁴¹ Este foi o 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde realizado, sendo que alguns dos simpósios que aconteceram anteriormente a exemplo do de 1979 e 1982, representaram forte impacto político, inclusive para a consolidação da Constituição 1988. Esse Simpósio foi fruto de uma articulação entre a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal; Frente parlamentar da Saúde; Cebes; Abrasco; Associação Brasileira de Economia da Saúde, e Rede Unida. (site Câmara dos Deputados <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ce/noticias/seminario-nacional-debate-pne-e-lanca-a-carta-de>, consultado em 19/02/2016).

o estabelecimento de áreas prioritárias de cuidado e a unificação dos pactos existentes⁴² (BRASIL, 2006c).

Heimann et al. (2011) indicam ser importante ressaltar o movimento do “Pacto Pela Saúde”, tendo em vista o espectro de ação e a necessidade de ampliar o poder decisório do gestor em cada esfera de governo. Esse criou, ainda, o Colegiado de Gestão Regional (CGR), sendo que sua função era instituir “um processo dinâmico de planejamento regional capaz de expressar tanto as prioridades locorregionais como os compromissos entre os gestores do SUS para a consolidação da Reforma Sanitária, com repolitização da saúde, promoção da cidadania” (HEIMANN et al., 2011 p. 211).

Na prática, o “Pacto pela Saúde” foi a tentativa de reafirmar e enfatizar a institucionalização das responsabilidades e atribuições das três esferas de gestão do SUS, já presentes na Constituição e na Lei Federal nº 8080, de 1990, mas que estavam longe de serem implementadas concretamente. Heimann et al. (2011) afirmam, ainda, que era urgente uma articulação, acompanhamento e responsabilização dos gestores no cumprimento de suas funções públicas para a implementação do SUS e para com a saúde da população, aspecto esse que ainda apresentava grandes fragilidades.

Em documento publicado pelos Cebes, no entanto, há a afirmação de que o “Pacto pela Saúde” nada inovava os textos legais do SUS que o definem e organizam. Assim, seria redundante e desnecessário caso a legislação estivesse sendo assumida pelo Estado e pelos governos e sendo realizada plenamente. O Pacto seria fruto tanto do acúmulo da experiência de 16 anos de SUS como do descumprimento sistemático de parte essencial dos textos legais a partir do redirecionamento do rumo da política pública inicialmente pactuada e legalmente expressada, o que exigiria uma retomada dessa expressão legal (CEBES, 2011a).

Paim et al. (2011) indicam, entretanto, que os investimentos na Atenção Básica, principalmente na década de 2000, trouxeram alguns resultados positivos. Em 2008, 57% dos brasileiros referiram a Atenção Básica como seu serviço de saúde de uso habitual (em 1998 essa porcentagem era de 42%), enquanto a proporção de pessoas que descreveram os ambulatórios hospitalares como sua fonte habitual de cuidados diminuiu de 21% para 12% no mesmo período. Além disso, os autores indicam que os usuários das unidades de Saúde da Família afirmaram que os encaminhamentos a serviços secundários eram mais efetivos quando feitos por uma Equipe de Saúde da Família; ainda, que o uso de serviços do PSF

⁴² Em relação ao financiamento, vale destacar que o Pacto introduz e estabelece blocos específicos: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância sanitária e epidemiológica, assistência farmacêutica e gestão do SUS. Configuram-se eixos prioritários para a aplicação de recursos (investimentos) o estímulo à regionalização e os investimentos para a atenção básica (BRASIL, 2006c; HEIMANN et al., 2011).

também estava associado a melhorias em alguns resultados em saúde (como a redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal), melhorias na notificação de estatísticas vitais e reduções em internações hospitalares potencialmente evitáveis (queda de quase 15%, de 1999 a 2010). Os autores fazem a ressalva, entretanto, de que, apesar de haver ampliação, os investimentos eram insuficientes, a oferta de serviços especializados era dificultada também pela baixa integração entre prestadores dos níveis municipal e estadual, especialmente na oferta de exames de apoio diagnóstico.

Como outros avanços desse período, é destacada, na literatura, a formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde e a criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Essa apresentou, em agosto de 2006, um documento defendendo um conjunto de políticas que favorecessem a “promoção de saúde, assegurassem a melhoria das condições de vida e valorizassem o mercado de trabalho, a proteção ambiental, a paz e a solidariedade” (PAIM, 2007).

Jouval Jr. (2011) aponta a relevância política do tema “O Mais Saúde (PAC Saúde) e as políticas Sistêmicas de Investimento Setoriais”, que procurou advogar a saúde como fator de desenvolvimento (e não como gasto), configurando-a como mais um pilar de desenvolvimento que alia crescimento, inovação, equidade e inclusão social. O autor reforça que a vinculação da saúde ao desenvolvimento econômico e social foi indicado no Relatório sobre Macroeconomia e Saúde, publicado pela Organização Mundial de Saúde, em 2001. Fica claro, nessa perspectiva, o deslocamento do horizonte estratégico indicado anteriormente, com o enfoque no (neo)desenvolvimentismo, mantendo relação com os órgãos internacionais; além da manutenção entre a perspectiva econômica x perspectiva social continuar em pauta na área da saúde.

Fica marcado, assim, o movimento contraditório desse período descrito anteriormente. Observa-se ampliação de serviços, investimento em mudança de modelo de atenção e gestão, e iniciativas que revelam certa atenção para o planejamento na condução do SUS; mas, ao mesmo tempo, mantém-se o ajuste macroeconômico e a “reforma” da previdência que seguiram na contramão das políticas sociais pautadas nos princípios da Seguridade Social (PAIM, 2007).

Paim (2007) afirma que a participação social ampliou-se no governo Lula, embora com limites e ambiguidades. Relata que havia problemas de fisiologismo entre o governo e o Conselho Nacional de Saúde (“cabrestos pelo gestor”), falta de capacitação de conselheiros, uma certa burocratização do espaço, além do corporativismo e “partidarização e disputa de interesses dos conselheiros em razão da interferência política”, o que diminuiu, segundo o

autor, a sua autonomia. Embora tenham sido constatadas conquistas na democratização do Estado no setor da saúde, Paim (2007) afirma que “os conselhos parecem reproduzir os velhos problemas da política convencional, particularmente diante de governos cujos partidos de sustentação são os mesmos dos conselheiros” (PAIM, 2007 p. 206). Enfrenta-se, assim, segundo o autor, o desafio das discussões de o setor da saúde superar a situação de ficar refém dos interesses imediatos dos partidos políticos, e ampliar a discussão e militância para uma esfera suprapartidária. Avalia que, mesmo que o Cebes e a Abrasco tenham sido convidados para eventos ou discussões de grupos de trabalho no Ministério da Saúde, não chegaram a constituir nem mesmo um grupo de pressão, sendo que suas ações acabaram por se restringir ao plano ideológico. Nesse sentido, Menezes (2014) faz a leitura de que, após a vitória de Lula, mais precisamente, depois da “Carta ao Povo Brasileiro”, o PT acabou assumindo o papel de “ser o principal suporte da contenção social para garantir a governabilidade”.

Em 2010, verifica-se a constituição de um novo movimento social, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários (PILOTTO, 2015). Segundo Bravo et al. (2015), essa se constituiu como um movimento contra-hegemônico no debate da saúde, reivindicando, como uma das pautas centrais, “a defesa do SUS universal, público, 100% estatal, sob a administração direta do Estado”; e, “lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos de 1980”. Um posicionamento da FNCPS que se diferenciou de outros movimentos da Reforma Sanitária foi o fato de ser contra as formas indiretas de privatização, como a terceirização da gestão para OS ou outras instituições “públicas” não estatais.

Paim (2007) afirma que, embora parte do projeto da RSB apresentasse uma leitura com horizonte socialista ou da social-democracia em sua origem, essa perspectiva parece ter se esmaecido. A atuação dos governos nesse período acabou por subverter os princípios e diretrizes da Seguridade Social, restringindo o financiamento para a saúde; a ação intersetorial foi ignorada e até a implementação do SUS não constituía agenda prioritária dos governos. Assim, o autor afirma que até mesmo no governo do PT, que naquele momento defende a construção de um Estado-nação e defende a construção de um governo “antineoliberal” (como discutido anteriormente), acabou por não implementar políticas públicas voltadas para a garantia do direito à saúde e para a elevação da consciência sanitária da população. Afirma, assim, que se desenvolveu uma reforma parcial de natureza setorial e institucional, traduzida pela implementação do SUS, distante dos princípios propostos na década de 1980.

Nas disputas presidenciais de 2010, há uma aposta dos movimentos sociais no processo político construído em torno da candidatura de Dilma Roussef, para a continuidade dos projetos que estavam sendo implementados para retomada de uma nova fase na história do RSB. O período sugeria ser uma retomada do que teriam sido os tempos áureos da luta pela Reforma Sanitária (DANTAS, 2015). No entanto, verifica-se, também, a articulação de representantes de sete entidades do setor privado de saúde (incluindo seguradoras, medicinas de grupo, Santas Casas de Misericórdia, hospitais privados e planos de autogestão) que entregaram documento contendo pontos de interesse para um próximo governo de Dilma Roussef⁴³ (ANDREAZZI, 2014). Essa disputa de perspectiva manteve-se ao longo do mandato, seguindo o curso que vinha sendo implementado, com articulação constante entre a negação e o consentimento da liberalização do mercado.

Dá-se continuidade ao governo da Presidente Dilma Roussef, mas se observa uma mudança em aspectos econômicos, a partir da conjuntura e do reflexo da crise econômica internacional de 2008. Como dito por Sampaio Jr. (2011), mesmo com um primeiro momento de expansão da economia dos países emergentes (regiões que se beneficiam da recuperação do comércio internacional, da elevação dos preços das *commodities* e do grande afluxo de capitais internacionais) os desequilíbrios macroeconômicos e as transformações qualitativas desencadeadas pela crise aprofundam e aceleram a tendência à reversão neocolonial que agrava os antagonismos entre desenvolvimento capitalista, igualdade social e soberania nacional. Afirma que, por mais paradoxal que possa parecer, as condições que impulsionaram o crescimento da economia brasileira traziam inscritas contradições que aumentavam perigosamente a vulnerabilidade do país a crises de estrangulamento cambial. Diz, ainda, que a absoluta subordinação do Estado brasileiro aos interesses dos rentistas e do grande capital comprometiam a política econômica ainda mais com medidas que implicavam na expansão perversa da dívida pública.

⁴³ Documento intitulado “Política & Poder Saúde Suplementar”, de 23/09/2010, sendo que Andreazzi (2014) refere que os pontos levantados foram: ampliação da participação do setor privado no Conselho Nacional de Saúde; reestruturação do sistema nacional de saúde com uma definição explícita dos papéis do setor público e privado, ampliação das parcerias público-privadas; revisão da tributação do setor, considerada excessiva; expansão do mercado privado de assistência à saúde, especialmente para as classes D e E; criação de um sistema S da saúde, pois o setor tem gerado muitas receitas e não tem se beneficiado devidamente do Senac; linhas de financiamento para incorporação tecnológica; melhor política remuneratória do SUS para os prestadores privados; mais estímulos creditícios e tributários para uma suposta indústria “nacional” de insumos para a saúde: medicamentos, equipamentos, materiais; estímulo à acreditação dos prestadores de serviço públicos e privados; governança corporativa para os prestadores públicos e privados; mais recursos para o SUS, com a regulamentação da EC 29.

Em junho de 2013 o país é marcado por várias manifestações populares que inicialmente surgiram para contestar os aumentos nas tarifas de transporte público, mas que reivindicam diversas pautas, inclusive aspectos da educação e saúde. Segundo Menezes (2014), a resposta da presidente Dilma Roussef às reivindicações de 2013 se materializou através de cinco “pactos”: pacto pela responsabilidade fiscal para garantir a estabilidade da economia e o controle da inflação; pacto pela reforma política, que inclui um plebiscito sobre o tema e a caracterização da corrupção como crime hediondo; pacto pela saúde, com a criação de novas vagas para médicos, a contratação de profissionais estrangeiros, mais vagas para estudantes de medicina e a aceleração dos investimentos na área; pacto pelo transporte público que prevê investimentos em obras de mobilidade urbana, mais desonerações e a criação do Conselho Nacional do Transporte Público para fiscalizar os gastos no setor; e pacto pela educação pública. A autora considera que as propostas apresentadas pela presidente não apresentaram nenhuma mudança de fundo ou reforma estrutural para o atendimento das demandas colocadas, e não modificaram profundamente a estrutura dos gastos com os encargos da dívida pública. Paralelo a isso, observou-se, no primeiro governo Dilma Roussef, algumas ações que, segundo a autora, mereceram preocupações como cortes orçamentários, restrição de investimentos, medidas de caráter privatista como a abertura do capital da Infraero, a privatização de aeroportos e a nova rodada de leilões do petróleo do Pré-Sal.

A literatura indica também ataques diretos à saúde, no segundo mandato da presidente Dilma Roussef, com a aprovação da lei que permite a entrada de capital estrangeiro na saúde brasileira (como indicado no Capítulo anterior) e contra o contingenciamento orçamentário sobre as áreas sociais (CISLAGHI, 2015; DANTAS, 2015; MENDES, 2015a, 2015b). Além disso, movimentos sociais, como a FNCPS, publicam manifestos com críticas ao aumento de subsídios com a abertura de novas linhas de financiamento, redução de impostos, e outros subsídios que favoreciam a expansão do mercado dos planos de saúde (FNCPS, 2013).

Gomes (2014) afirma haver retrocesso em relação aos direitos sociais, inclusive o direito à saúde, com desfiguração da Constituição 1988 após sucessivas emendas. O autor afirma que não seria exagero caracterizar a contra-reforma não apenas como antidemocrática, mas também como inconstitucional. Mesmo ante a implementação dos serviços públicos e ampliação da rede de serviços, observa-se que a literatura reforça haver insuficiência e dificuldade de acesso da população, reafirmando haver focalização das ações e da cobertura para parcela da população.

2 Serviços suplementares: alguns aspectos dos planos e seguros privados de saúde e as agências reguladoras

Ocké-Reis e Sophia (2009) afirmam que, desde o advento do SUS, essa acomodação do setor público e do setor privado acabou tirando força da crítica ao mercado de planos de saúde. O crescimento dos planos de saúde foi gritante, inclusive porque contou com incentivos governamentais no contexto do desfinanciamento do SUS (ANDREAZZI, 2014; BAHIA, 2011; OCKÉ-REIS, 2011; OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009).

Ocké-Reis (2011) ressalva que o mercado de plano de saúde se distingue dos demais mercados por apresentar uma característica econômica específica: custo crescente. Assim, para o desenvolvimento desse setor, o Estado acabou por patrocinar um conjunto de incentivos nos últimos 40 anos tais como: financiamento a juros negativos para a construção de instalações hospitalares e para compra de equipamentos médicos; planos que desempenhavam atividades lucrativas foram considerados estabelecimentos filantrópicos, implicando em uma série de privilégios no campo fiscal e previdenciário; permissão às firmas para descontar parte da contribuição previdenciária principalmente a partir do Inamps/empresa; estabelecimento de normas que abriram, no campo jurídico, espaço favorável à sua expansão; e renúncia de arrecadação fiscal, dentre outros.

Bahia (1997) indica que o segundo grande ciclo de crescimento de cobertura dos planos de saúde coincide com o processo de redemocratização, envolvendo também a modificação de aspectos da legislação no que se refere à participação das seguradoras como ofertantes de planos de seguro saúde. Segundo a autora, um círculo vicioso teria sido instaurado, criando a possibilidade de um segmento da população com maior poder aquisitivo ter acesso aos cuidados de saúde, através de convênios e seguros de saúde, contra o desfinanciamento do setor público, reiterando o discurso da ineficiência e outras mazelas da assistência estatal. Reforça-se, assim, um sistema de proteção social de modelo meritocrático, obedecendo a uma lógica eminentemente econômica, que se sobrepõe à dimensão de política social, inviabilizando a implementação de políticas redistributivas.

Nesse sentido, Borges (2012) afirma que a oferta de serviço do setor privado vem conseguindo ampliar sua participação no mercado brasileiro de saúde. Faz tal afirmação justificada, inclusive, pelo aumento do gasto com o desembolso direto com a saúde pelos brasileiros, que passou de 9%, em 1981, para 19%, em 2008. Afirma também que, em 1981, 6% das internações hospitalares foram pagas por planos de saúde privados, uma proporção que cresceu para 20%, em 2008. Um dado que deve ser destacado, apresentado pelo autor, foi

em relação ao volume de atendimentos dos seguros privados de saúde, que cresceu 466%, de 1981 a 1998.

O autor afirma que houve, nesse processo, a migração das grandes seguradoras de saúde do mundo para os mercados emergentes, sendo que o Brasil se tornou um lucrativo ponto de investimento para as transnacionais do setor. Além da renúncia fiscal dada pelo governo à população para aquisição de planos de saúde, houve, também, aumento de conveniados através de investimento estatal com o pagamento de convênios aos servidores públicos (federais, estaduais e municipais), aspecto esse visto, muitas vezes, como uma conquista dos trabalhadores, mas pontuado pelo autor como forma indireta de desinvestimento no SUS.

Com o Gráfico 7, relativo aos anos de 2000 a 2014, sobre os beneficiários de planos privados de saúde por cobertura, fica claro que o aumento dos beneficiários se manteve, inclusive depois da década de 2000, mostrando que houve aumento de 43,32% de beneficiários nas assistências médicas com ou sem odontologia nesse período (BRASIL, 2015; ESCRIVÃO JR.; KISHIMA, 2011).

Gráfico 7 – Número de beneficiários de plano de saúde por cobertura

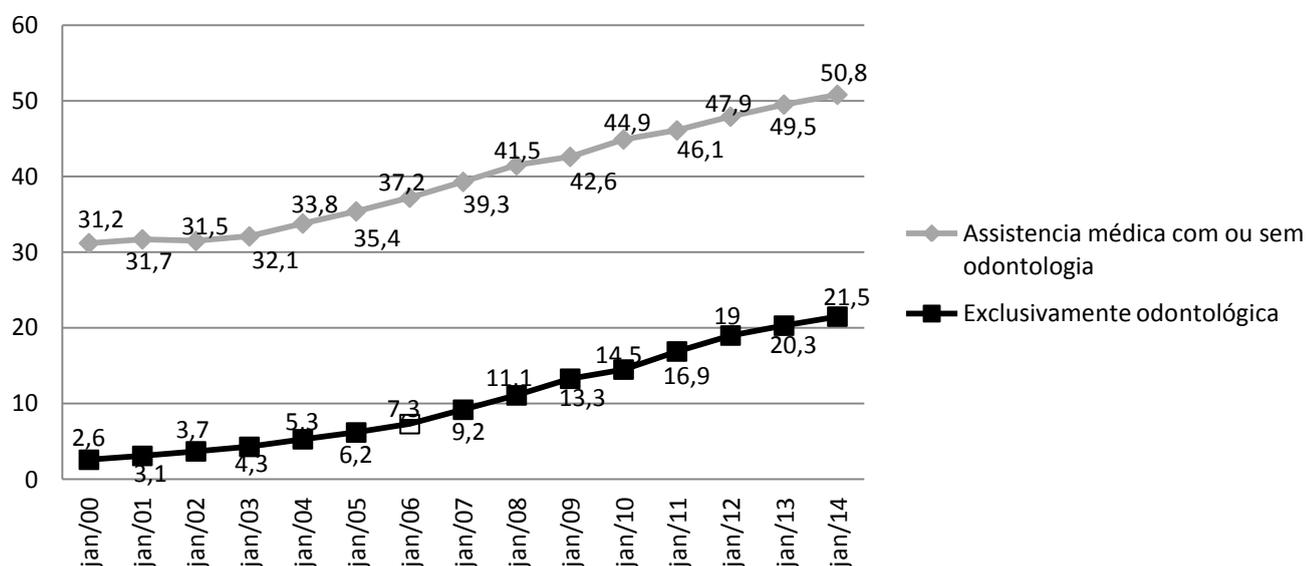


Gráfico retirado de Brasil (2015). Fonte: SIB/ANS/MS, 12/2014.

Fica explicitada a contradição descrita anteriormente nos governos da década de 2000, com ampliação do SUS e da política pública, ao mesmo tempo que teve ampliação considerável do setor suplementar. Apesar de uma aposta e de investimentos em políticas sociais (com fortalecimento da Atenção Básica e da Estratégia da Saúde da Família), com

atuação dos movimentos sociais reafirmando a Constituição de 1988 e a defesa do direito à saúde com implementação de políticas universais, há também significativo crescimento do mercado de planos e seguros privados de saúde.

Andreazzi (2014) afirma que as empresas que comercializam seguros e planos privados de saúde possuem várias naturezas jurídicas e dirigem seu negócio a um mercado de filiação individual, em grupos ou empresarial. Nesse mesmo mercado, atuam organizações fechadas de planos de saúde e outros benefícios privados de previdência, em geral desenvolvidos por grandes empresas, privadas e estatais ou, mesmo, pelo poder público, como é o caso da Geap Saúde, uma operadora de plano de saúde para públicos restritos (a mais comum entre os servidores públicos federais). Segundo a autora, todas as naturezas jurídicas existentes no Brasil são reconhecidas pela Lei nº 9686/1998 que regulamentou os seguros e planos privados de saúde instituída no governo de FHC.

Observa-se que, daqueles que possuem planos e seguros de saúde, há prevalência de 80% de beneficiários com planos coletivos, ou seja, contrato assinado entre uma pessoa jurídica e uma operadora de assistência à saúde da massa de empregados/funcionários, ativos/inativos, ou de sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante. Ainda, em torno de 20% dos planos e seguros são designados como individual ou familiares, isso é, contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar) (BRASIL, 2015; HEIMANN et al., 2011). Heimann et al. (2011) indicam, a título de comparação, que, em dezembro de 2001, havia 37% de beneficiários com planos coletivos e, em 2008, essa proporção correspondia a 72%, ou seja, há claro aumento nos planos e seguros privados coletivos.

Dentre as várias análises que poderiam ser realizadas, deve-se pontuar, aqui, que há diferença entre a regulação dos planos e seguros de saúde coletivo, e individuais ou familiares. Segundo Pó (2011), como forma de escapar da regulação, as empresas de planos de saúde têm procurado privilegiar os contratos coletivos. Esses dão flexibilidade às empresas do setor em relação ao valor do reajuste anual, sendo negociado diretamente com os contratantes, além de que as operadoras podem aplicar reajustes técnicos por aumento de sinistralidade. Chega-se a observar inclusive, segundo o autor, que muitas operadoras deixaram de atuar no mercado de planos individuais, repassando suas carteiras para se concentrarem nos contratos coletivos.

Em termos de mercado, Pó (2011) indica, ainda, que já é observado que o setor de planos de saúde tende à concentração cada vez maior em grandes empresas. O autor afirma que tal fato é esperado, pois a principal maneira de mitigar os riscos das empresas é distribuí-

los numa escala cada vez maior, mas isso coloca a concorrência como um desafio regulatório permanente. Noronha, Santos e Pereira (2011) afirmam que a dimensão do mercado brasileiro de planos e seguros privados de saúde é bastante grande, contando com um total de 1.723 operadoras, movimentando, em 2009, cerca de R\$60 bilhões, o mesmo valor do orçamento do Ministério da Saúde no mesmo ano. Para exemplificar a alta concentração desse mercado, os autores indicam que trinta e oito empresas concentram mais da metade dos beneficiários de planos de assistência médica. Segundo Andreazzi (2014), o mercado de planos odontológicos é ainda mais concentrado: 62% dos beneficiários pertencem a nove empresas.

Andreazzi (2014) afirma, ainda, que esse setor, desde os anos 2000, vem passando por um processo de concentração de mercado, com junção de planos de saúde com hospitais e clínicas, além de um processo de financeirização com a abertura de capitais em bolsas de valores. A autora traz como exemplos grandes cadeias de laboratórios financeirizados, como o Dasa (Diagnostics of Americas) e o Fleury, além de empresas como Amil e Bradesco. Ela indica também que o setor de saúde privado passou a ser um captador de recursos do capital financeiro por meio de fundos de investimento e de pensão. Inclusive, ela afirma que o IFC (International Finance Corporation) - braço financeiro do Banco Mundial para o setor privado - e algumas empresas de grande porte, abrem capital na Bolsa de Valores. Assim, desde o começo da década, o capital estrangeiro entra no país e no setor de saúde através da sua associação a seguradoras e a redes de laboratórios de análises clínicas como o Dasa.

A questão dos contratos coletivos ainda está em pauta e é reforçada com a PEC 451 proposta pelo deputado federal Eduardo Cunha, em 2014, que propõe incluir, entre os direitos constitucionais de trabalhadores urbanos e rurais, um plano privado de assistência à saúde oferecido pelos empregadores⁴⁴. Cislighi (2015) indica que, na justificativa da PEC está o artigo 196 da Constituição, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, apesar de que no texto é ignorado completamente a existência do SUS, sendo pautada essa PEC como mais um dos retrocessos na saúde no legislativo. Segundo a mesma, se aprovada, a medida enterraria de vez a ideia de um sistema único de saúde, sendo que os trabalhadores com vínculos formais ficarão reféns dos planos privados (que passam a ter um mercado cativo para seus serviços) e aos trabalhadores sem vínculo formal resta um sistema público cada vez

⁴⁴ Apesar de se tratar, aqui, em diversos momentos, da implementação de políticas sociais através de referência ao governo federal, sabe-se que há grande influência da implementação de políticas sociais por parte do legislativo, com diversos embates e negociações. Um exemplo disso, é a PEC acima citada, além do caso dos parlamentares fazerem proposta como de limitação das multas aplicadas aos planos, aprovada na MP nº 627/2013 que, na prática, perdoaria 2 bilhões em dívidas por mau atendimento dos planos, o que foi vetado por Dilma, após grande repercussão negativa na sociedade e na imprensa (Menezes, 2015). Entretanto, não serão abarcados esses aspectos neste trabalho, apresentando apenas resoluções gerais.

mais com caráter focal e com segmentação da clientela. Dessa forma, contrapondo-se a isso, foi elaborado um manifesto por movimentos e entidades da Reforma Sanitária (ABRASCO et al., 2015), que afirma que esse arranjo retira a responsabilidade do Estado pela garantia da saúde, repassando-a aos empregadores. No manifesto, fazem a crítica de que esse novo modelo seria ainda pior que o Inamps pois, além de retomar a lógica do seguro saúde para os trabalhadores formais, o faz sem a gestão do Estado, mas via Agência Reguladora.

Pode-se observar, ainda, que o crescimento desse mercado acompanha o padrão de desigualdade entre os brasileiros, obedecendo aos ditames da economia: a massa de beneficiários está concentrada nos municípios das regiões Sul e Sudeste e nas capitais das outras regiões (BRASIL, 2015; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011). Em termos de taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por regiões e unidades da federação, é possível observar que as maiores taxas de cobertura encontram-se na Região Sudeste, seguidas pela região Sul. As unidades da federação com os maiores percentuais de cobertura são: São Paulo (45,3%), Rio de Janeiro (38,6%) e o Distrito Federal (35,0%). Já as unidades da federação com as menores taxas de cobertura estão distribuídas nas regiões Norte e Nordeste: Acre (6,2%), Tocantins (7,4%), Maranhão (7,4%) e Roraima (8,3%). Abaixo, na Figura 2, apresenta-se a taxa de cobertura dos planos de assistência médica por unidades da federação.

Figura 2 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por unidades da Federação

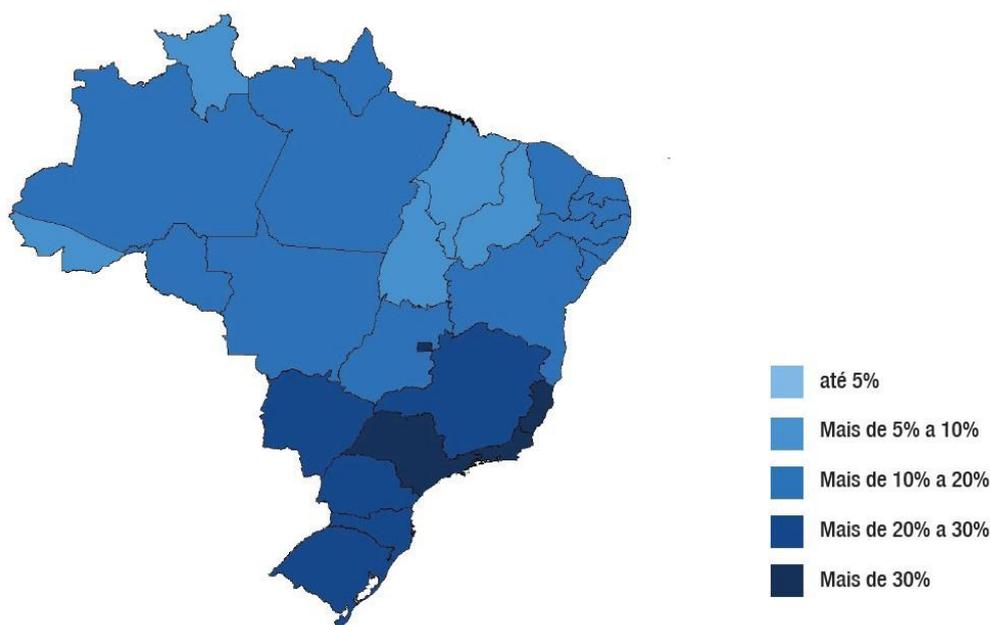


Figura retirada de Brasil (2015). Fonte: SIB/ANS/MS – 12/2014 e IBGE – estimativas populacionais de 2012, estratificada por idade e sexo MS/SGEP/Datasus.

Noronha, Santos e Pereira (2011) afirmam que, além dessas diferenças regionais, também ficam explicitadas, na área da saúde, as desigualdades de renda da sociedade brasileira. Se, por um lado, a população dos cinco primeiros décimos de renda corresponde à metade mais pobre e que pouco dispõe de acesso a serviços privados de saúde, dependendo em grande parte do SUS, a quase totalidade dos 10% mais ricos usufrui dos serviços privados mantidos pelo mercado de planos e seguros privados e seu próprio e exclusivo poder de compra, pelo desembolso direto.

Paim et al. (2011) apresentam, nesse sentido, um gráfico segundo a renda, comparando a cobertura por planos privados de saúde e pelo Programa de Saúde da Família (Gráfico 8). Ilustra-se, assim, a comparação de cobertura descrita acima com identificação da cobertura dos planos privados por renda.

Gráfico 8 - Cobertura por cuidados de saúde, segundo a renda (dados de 2008)

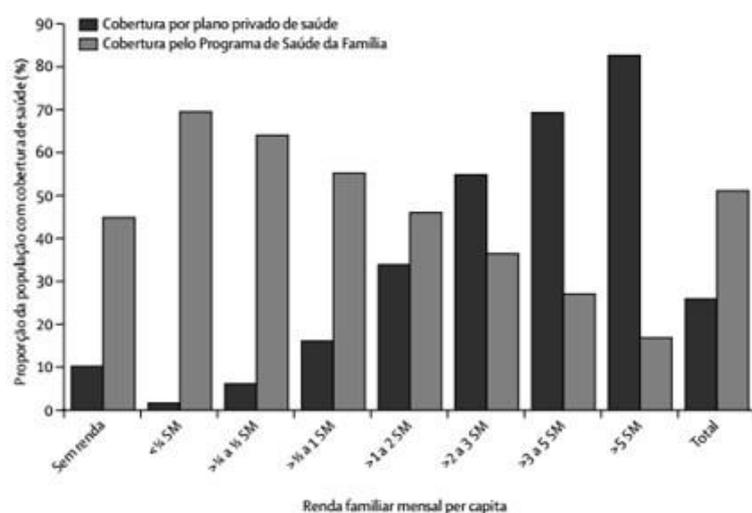


Gráfico retirado de Paim et al. (2011).

Noronha, Santos e Pereira (2011) afirmam, ainda, que, além da cobertura da população com planos e seguros privados estar associada à desigualdade de renda, também está relacionada ao grau de escolaridade da população.

Autores da Saúde Coletiva indicam que a coexistência de serviços suplementares e o SUS representa também a iniquidade do acesso e não integralidade da atenção (CORDEIRO et al., 2011; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011). Nessa literatura, um dos problemas da coexistência de serviços públicos e complementares, com as ofertas de serviços suplementares, seria a criação de uma cobertura duplicada, o que leva à iniquidade na oferta, na utilização e no financiamento, com o aprofundamento da segmentação da população numa

sociedade que apresenta intensa concentração de renda. Além disso, aponta-se a dificuldade na coordenação das políticas sociais, que vem reforçar a fragmentação dos serviços com perda da qualidade e da eficiência. Em outras palavras, as pessoas que possuem seguro privado tendem a continuar utilizando o sistema público para os serviços mais complexos e custosos, tornando a fila de espera no setor público ainda mais lenta do que seria sem a existência do seguro privado e com maior custo por paciente.

Cordeiro et al. (2011) afirmam que, com essa duplicação de serviços, poderia estar havendo até sete vezes mais aparelhos de ressonância magnética, cinco vezes mais mamógrafos, quatro vezes mais litotripsores e tomógrafos computadorizados, três vezes mais aparelhos de raios X para hemodinâmica, para radioterapia e medicina nuclear para a população que tem a cobertura duplicada. Entretanto, ocorre o inverso para algumas áreas de cuidado, como os aparelhos de hemodiálise, cuja disponibilidade por meio de empresas de seguro é de 0,3 vezes em relação à chance de serem usados por meio do SUS⁴⁵. Esses autores indicam que, apesar da aparente distinção entre um subsistema estatal (público) e um subsistema privado no Brasil, a análise comparativa da oferta e de suas práticas permitiu identificar diversos graus de imbricamentos, com uma interdependência que alimenta a geração dessas desigualdades.

Para ficar ainda mais clara a diferenciação do acesso dos serviços públicos e complementares, com a oferta de serviços suplementares, será dado, aqui, o exemplo da disponibilidade de leito, comumente exemplificado na literatura dessa área. Segundo dados da ANS, em 2014 (BRASIL, 2015), em relação ao número de leitos para internação disponíveis, para o total da população brasileira, é observada taxa de 2,4 leitos por mil habitantes, enquanto que no SUS a disponibilidade de leitos para internação é cerca de 1,7 por mil habitantes.

A partir da literatura da área, a ideia geral é que, com a existência de um sistema público, composto por serviços de administração direta e serviços complementares, e a existência de uma rede de serviços suplementares, há cobertura duplicada para parcela da população, o que gera maior desigualdade de acesso e cobertura.

Outro aspecto referente à discussão do setor suplementar que merece destaque é em relação à criação de Agência Reguladora, criada na década de 1990, no bojo da contra-reforma do Estado. No âmbito específico da saúde, no segundo mandato do Presidente FHC, foi aprovada a Lei nº 9.656/98, a qual passou a regular o SAMS, a qual foi reforçada pela Lei

⁴⁵ Nota-se que essas desigualdades refletem a média brasileira e não mostra as desigualdades inter-regionais, que podem ser maiores ou menores.

nº 9.961/00, criando a ANS como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde (ANDREAZZI, 2014; PAIM, 2007; PÓ, 2011).

Andreazzi (2014) indica que, na época, foram apresentadas grandes críticas ao setor em função de práticas correntes no mercado da saúde como, por exemplo, reajustes de preços acima da inflação, negação de coberturas e exclusões de público (*cream-skimming*). Segundo a autora, por um lado, a lei passou a regulamentar essas questões, o que potencialmente veio a beneficiar o consumidor dos planos, com o objetivo de promover a defesa do interesse público na saúde suplementar. Contraditoriamente, a criação daquela Agência veio fortalecer o mercado ao lhe dotar da segurança de regras de funcionamento, atribuindo legitimidade às empresas de assistência suplementar. Além disso, da maneira que foi constituída, a Agência Reguladora levou à possibilidade de o próprio mercado estar majoritariamente assentado nos postos de comando da ANS, seja a Diretoria Colegiada, seja a Câmara de Saúde Suplementar. Ou seja, segundo essa autora, quem deve ser regulado está na função também de regulador, o que pode gerar um conflito de interesses.

Outra agência de regulação criada no mesmo período foi a Anvisa. De acordo com Pó (2011), sua criação representava, na época, um esforço de modernização e ampliação da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária, que já possuía estrutura significativa em termos de recursos e pessoal.

A Anvisa é responsável pela definição de regras e fiscalização de medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, equipamentos médicos e laboratoriais, serviços ambulatoriais, estabelecimentos hospitalares, entre outros produtos e serviços relacionados à saúde. Apesar de toda a regulação impor custos aos reguladores, a regulação efetuada pela Anvisa não trata diretamente de preços ou condições de entrada ou saída de empresas no mercado. O foco foi, principalmente, no estabelecimento e monitoramento dos padrões de qualidade e determinação dos níveis de risco aceitáveis. Assim, Pó indica, em termos analíticos, que esse tipo de regulação é definido como social, pois não interfere no comportamento e prática dos atores: as empresas devem zelar pela qualidade dos seus produtos e serviços; consumidores podem utilizar a informação compulsoriamente disponibilizada para as suas decisões; o risco de ações relativas à saúde (nem sempre evidentes ao público) passa a ser gerenciado por atores públicos e privados nos moldes definidos pela agência.

Abaixo, a título de exemplo, na Tabela 7 apresenta-se a previsão legal de dispositivos previstos no modelo básico das agências reguladoras, apresentando a ANS e a Anvisa, além de duas outras agências reguladoras (Anatel e Aneel).

Tabela 7 - Previsão legal de dispositivos previstos no modelo básico das agências reguladoras

Dispositivo	Anatel	Aneel	ANS	Anvisa
Diretoria colegiada	Cinco membros aprovados pelo Senado; mandatos não coincidentes de cinco anos	Cinco membros aprovados pelo Senado; mandatos não coincidentes de quatro anos	Até cinco membros aprovados pelo Senado; mandatos não coincidentes de três anos	Cinco membros aprovados pelo Senado; mandatos não coincidentes de três anos
Disponibilidade de atas do Conselho Diretos	Obrigatória	As reuniões poderão ser públicas, a critério da diretoria	Não consta	Não consta
Conselhos	Conselho Consultivo: 12 membros com mandato de 3 anos	Não previsto	Câmara de Saúde Suplementar: 34 membros	Conselho Consultivo: 13 membros
Ouvidoria	Nomeado pelo Presidente da República, mandato de dois anos. Obrigação de produzir relatórios semestrais	Exercida por um dos diretores	Lei prevê existência; mandato de dois anos, nomeação pelo Presidente da República e produção de relatórios são definidos pelo decreto	Lei prevê existência; mandato de dois anos, nomeação pelo Presidente da República e produção de relatórios são definidos pelo decreto
Realização de consultas e audiências públicas	Minutas de atos normativos devem ser submetidas a críticas e sugestões devem ficar disponíveis	Para processo decisório que afetar direitos dos agentes econômicos ou consumidores	Poderá ser realizada a critério da diretoria	Poderá ser realizada a critério da diretoria
Contrato de Gestão	Não previsto	Previsto	Previsto, o descumprimento pode acarretar demissão do diretor-presidente	Previsto, o descumprimento pode acarretar demissão do diretor-presidente

Tabela retirada de Pó (2011). Fonte: legislação das agências.

Segundo Pó (2011), no contraste com as agências de infraestrutura, nem a Anvisa nem a ANS são obrigadas legalmente a terem procedimentos de transparência, como a realização de consultas públicas ou a disponibilidade de atas da Diretoria Colegiada. Percebe-se, portanto, que não houve preocupação com a prestação de contas. Tal fato é ainda mais significativo, segundo o autor, quando se verifica que as agências possuem comportamentos muito diversos: a ANS se mostrou menos transparente sobre o seu processo regulatório, realizando baixo número de consultas públicas, não divulgando as manifestações recebidas,

além de não explicitar as suas decisões. Pode-se observar, também, que a duração dos mandatos é mais curta na ANS e Anvisa, havendo a possibilidade de exoneração dos diretores-presidentes quando houver descumprimento dos contratos de gestão, aspectos esses que o autor indica serem elementos evidentes de controle.

O autor afirma ainda que, apesar de terem formatos institucionais idênticos, na prática, a Anvisa e a ANS possuem posturas muito diferentes em relação à transparência. Em estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), referente a diversas instituições reguladoras, há a evidência de que as agências da área da saúde ainda estão aquém do esperado em termos de transparência (Tabela 8). Segundo o autor, por um lado, isso compromete sua legitimidade frente à sociedade e, por outro lado, aumenta a possibilidade de captura por interesses específicos. Isso se aplica principalmente à ANS, que se coloca à parte da sociedade na definição de sua agenda e em seu processo decisório.

Tabela 8 – avaliação das agências e órgãos governamentais reguladores

Transparência e configuração institucional							
	Existência de canais institucionais e condições para a participação dos consumidores nas decisões e	Transparência de atos, procedimentos e processos decisórios	Acesso à informação, legislação, dados do setor, atividades e resultados da ação dos	Publicidade do órgão e mecanismos para recebimento e resolução de problemas dos	Média Ponderada	Efetividade	Nota Final
Inmetro	7,5	4,3	9	9,3	7,4	6	6,7
Anvisa	6	4,3	8	8,5	6,6	6	6,3
Aneel	2,3	8,8	8,8	9,3	7,6	4	5,8
Anatel	5,5	5	6	6,5	5,8	3,5	4,6
Secretaria de defesa agropecuária	1,5	2,8	5,3	4,3	3,5	3,5	3,5
ANS	5,3	2,3	5,3	5,5	4,4	1,5	3
Banco Central	0,8	2,5	7	5	3,8	2	2,9

Tabela retirada de Pó (2011). Fonte: IDEC/2006.

Borges (2012) refere que a ANS apresentou grande distanciamento do SUS e de seus princípios. Segundo o autor, a ANS institucionalizou-se em diretorias e diretores que mimetizaram órgãos ou empresas a serem regulados, afirmando que a agência passou a agregar, quando implementada, técnico-militantes do mesmo partido político de FHC, o que reforçava a perspectiva do governo e da contra-reforma do Estado implementada. Assim, o autor aponta a perspectiva de que, ao ser estabelecida a política regulatória para o sistema

privado como parte da política de saúde, foi consagrado o duplo caráter do sistema público e do sistema privado, sendo legitimada formalmente a segmentação da assistência.

O Cebes (2011a) indica ainda que, cabe à atuação da ANS a orientação, disciplinação e intermediação de empréstimos estatais especiais para investimentos em edificação e equipagem de hospitais privados de maior porte, vinculados a operadoras de planos e seguros privados de saúde, em grandes centros urbanos. Dá-se como exemplo a ampliação de 20 hospitais na cidade de São Paulo, elevando de 3.000 para 5.300 o total de leitos. Isso teve custo estimado de 3,4 bilhões - com aporte de recursos do BNDES - que corresponde de 20 a 28% do custo conforme a obra. Nesse documento, observa-se avaliação positiva da ANS na ampliação da oferta, sem estabelecer crítica ao fato de estarem sendo criados novos serviços de caráter privado, por mais que se amplie assim os leitos para o SUS.

Há a perspectiva de que a regulação passou a colocar sob o controle governamental atividades que já estavam suficientemente institucionalizadas. No entanto, com o enfraquecimento de uma proposta de um sistema de saúde universal, que já se fazia na prática, fica formalizada na nova política regulatória a coexistência da rede pública e suplementar, que passou a integrar o conjunto das políticas de saúde. Menicucci (2011) é categórica ao afirmar que a regulação da assistência privada não significou um movimento deliberado de privatização, mas oficializou um sistema segmentado de assistência à saúde no Brasil.

Cordeiro et al. (2011) indicam que a primeira e mais importante indução de mudança no modelo de prestação de serviços feita pela ANS foi o estabelecimento de garantia de uma cobertura integral. Essa é entendida por impedir exclusão de doenças e limitações de procedimentos e de internação, através da promulgação da Lei nº 9.665, em junho de 1999, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Embora se verifique que a regulação proíbe a exclusão por patologias, as empresas podem impor carência aos agravos. Além do período de carência, verifica-se, também, que as empresas procuram exercer a seleção de riscos ao concentrar os reajustes por idade nas últimas faixas etárias, encarecendo excessivamente os planos (CORDEIRO et al., 2011; PÓ, 2011).

Cordeiro et al. (2011) indicam ainda que a mudança na prestação de serviços das prestadoras do setor suplementar teve maior ênfase a partir do Programa de Qualificação da Assistência à Saúde, proposta em 2006, com incentivo à promoção e prevenção, como o que assegura facilidades contábeis para operadoras que tenham sistematizado esses tipos de ações. A cada atualização do rol de procedimentos, amplia-se o leque de procedimentos obrigatórios, como a de 2008 que incluiu consultas com fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo.

Foi estabelecido, também, através do processo de regulação, o Ressarcimento ao SUS, criado pela Lei nº 9.656/1998. Esse seria um mecanismo de aprimoramento da gestão pública e da relação entre o público e privado, representando um mecanismo para diminuir a área de abrangência do mercado de saúde suplementar com o SUS e gerar um retorno financeiro ao sistema público. Esse tem sido realizado apenas para as internações, quando realizado, deixando de cobrar das operadoras de planos privados os valores relativos ao uso de procedimentos de alto custo que tenham sido realizados em regime ambulatorial no SUS (HEIMANN et al., 2011; MENICUCCI, 2011). Além disso, Menicucci (2011) afirma que, com a Lei do Ressarcimento, passou-se a reconhecer oficialmente a segmentação de clientela em serviços que fazem atendimento do setor público e do setor suplementar. A autora afirma que a definição da política regulatória não significou reordenamento da produção privada, segundo a lógica do “bem público”. Na prática, passou-se a ter uma regulação de um mercado considerado de interesse público, focado, principalmente, em garantir direito ao consumidor e não o acesso a serviços que fossem assumidos como de responsabilidade pública.

É importante trazer a ponderação de Andreazzi (2014) que afirma ser difícil separar esses elementos e fazer uma análise individualizada dos processos. Dessa forma, ao falar da criação da ANS, é importante articular o processo com as pressões do Banco Mundial para o crescimento do mercado, pressão que os seguros e planos de saúde fazem por subsídios públicos e desonerações fiscais, o desfinanciamento do SUS, formas indiretas de privatização dentro do sistema público na configuração da contra-reforma na saúde e um processo prolongado e insidioso de privatização do financiamento e prestação de serviços de saúde no Brasil.

Pode-se constatar que, por mais que tenha ampliado a oferta de serviços, seja através da oferta de serviços pelo SUS, seja através dos serviços suplementares, a realidade estrutural que marca nosso país, apresentada por Florestan Fernandes, não foi modificada, pelo contrário, esse arranjo vem reforçá-la. Observa-se a manutenção de grande concentração de renda e do prestígio social, aspecto esse ainda mais explicitado quando se analisa a dualidade do sistema de cuidado à saúde. A própria literatura afirma que essa dualidade reforça e amplia a exclusão de ampla parcela da população nacional, com diferenciação do acesso.

CAPÍTULO 4

ASPECTOS GERENCIAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A CONTRAR- REFORMA E OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO

Como apresentado ao longo de todo este trabalho, a estrutura do sistema de saúde brasileiro consiste de várias sobreposições do setor público e do setor privado. Nota-se clara interferência do setor privado sobre o interesse público, e sua ampliação ao longo dos 28 anos da implementação do SUS. Neste Capítulo, será abordada uma das formas em que o mercado privado atua no interior do SUS, através da discussão das Organizações Sociais (OS) e outras entidades denominadas genericamente de “novos modelos de gestão”, entidades do setor privado denominadas “público não estatal” ou instituições ditas “estatais”, mas com personalidade jurídica de direito privado. Busca-se mostrar neste Capítulo alguns aspectos de como esse processo foi sendo instituído dentro da área da saúde.

Como já apresentado, essas entidades assumiram aspectos gerenciais dos serviços de saúde e foram gestadas no processo de “Reforma” do Estado, na década de 1990 (ANDREAZZI, 2013; BORGES, 2012; CARDOSO, 2014; CORREIA, 2014; CORREIA; SANTOS, 2015; GOMES, 2014). Correia e Santos (2015) afirmam que os novos modelos de gestão têm sido reafirmados como uma das grandes resoluções dos problemas do SUS, inclusive na década de 2000. Segundo as autoras, no momento em que prevalece o discurso de que o problema seria “a má gestão pública”, a sua terceirização para entidades de direito privado é apresentada como saída, de modo que aspectos como a insuficiência de financiamento e a precarização do trabalho em saúde e infraestrutura ficam em segundo plano ou mascarado ao longo do debate. Além disso, apesar de suas diferenças internas, segundo as autoras os “novos modelos de gestão” integram a estratégia de contra-reforma do Estado, pois têm a mesma natureza de repasse do fundo público para entidades de direito privado, flexibilizando a gestão, as relações de trabalho, os direitos sociais e trabalhistas, e privatizando o que era de caráter público.

Dentre essas entidades, as Organizações Sociais (OS) se apresentam como o modelo de gestão mais consolidado na área da saúde. Esse foi disseminado em diversos estados e municípios brasileiros, nas décadas de 1990 e 2000, sendo que, ao longo destes anos, cada localidade foi criando leis e regulamentações específicas para sua implementação.

Além das OS, como os principais modelos de gestão “não estatais” atuantes no setor público na área da saúde, tem-se: Oscip; FEDP e Ebserh (ver Tabela 9). Pode-se ver, a partir do ano de instituição de cada figura jurídica, que essa lógica se deu ao longo dos últimos 18

anos, independente do governo. Tem-se, em 1998, a criação das OS através da Lei nº 9637/1998; em 1999 a criação das Oscip através da Lei n.º 9.790/1999; a proposição, em 2007, das FEDP com o Projeto de Lei Complementar nº 92/2007; e, em 2011, a instituição da Ebserh através da Lei Federal nº 12.550/2011.

Tabela 9 - Caracterização dos modelos de gestão "não estatais" ou "estatais com figura jurídica privada", apresentando Lei ou Projeto de Lei para sua instituição e descrição

Organização Social (OS)	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip)	Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP)	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)
Lei Federal nº 9637/1998	Lei Federal n.º 9.790/1999	Projeto de Lei Complementar nº 92/2007	Lei Federal nº 12.550/2011 (editada a Medida Provisória nº 520/2010)
<p>Fomento de atividades apenas na área de saúde, cultura, esportes e atendimentos ou promoção de saúde dos direitos de pessoas com deficiência.</p> <p>Dispensa licitação e celebração de contrato de gestão e não necessita de consulta prévia ao Conselho de Políticas Públicas. Há possibilidade de transferir recursos, bens e pessoal.</p> <p>Controle interno do órgão signatário e do Tribunal de Contas.</p>	<p>Pode abranger uma gama maior de atividades quando comparado com as OS. É estabelecido pelo “Termo de Parceria” sendo que a prestação de serviços públicos é transferida para as Organizações Não-Governamentais (ONG) cooperativas, e associações da sociedade civil de modo geral. Considerado “marco legal do terceiro setor”.</p> <p>Poderá ser feita por meio de licitação mediante concurso de projetos, e está sujeita a consulta prévia ao Conselho de Políticas Públicas. Há possibilidade de transferir recursos, bens e pessoal.</p> <p>Controle interno do órgão signatário, do conselho de políticas públicas e do Tribunal de Contas.</p>	<p>O Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, cria as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) para desenvolverem atividades nas áreas da saúde, assistência social, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, esporte, comunicação social, entre outras.</p> <p>As FEDP são viabilizadas através de contratos de serviços entre a fundação e o poder público, com “autonomia gerencial, orçamentária e financeira”.</p> <p>O Conselho Nacional de Saúde deliberou a rejeição ao Projeto de Lei. Esse foi encaminhado ao Congresso Nacional apesar dos questionamentos, mas acabou sendo rejeitado e arquivado em 2009. Apesar de permanecer como Projeto de Lei, FEDPs foram criadas no Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe e no Rio Grande do Sul.</p>	<p>EBSERH é caracterizada como empresa na estrutura do Estado, de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde, com o intuito de atuar nos Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, o que inclui hospitais universitários federais e hospitais das três esferas de governo.</p> <p>Deve atuar tanto na gestão dos serviços, formação e qualificação dos profissionais de saúde e produção do conhecimento na área de saúde.</p> <p>A adesão das instituições federais de ensino ou instituições congêneres à Ebserh é feita a partir da assinatura de Termo de Adesão e Contrato. A decisão pela contratação cabe a cada universidade, no âmbito de sua autonomia.</p> <p>Controle interno do órgão signatário e do Tribunal de Contas.</p>

Fonte: (ANDRADE, 2011; ANDREAZZI, 2013; BORGES, 2012; CORREIA, 2014; CORREIA; SANTOS, 2015). Construção própria.

Na época em que se iniciou o debate dos processos de *publicização* e criação da lei das OS no bojo da “Reforma” do Estado, observou-se posicionamento contrário de muitos atores, seja entidades sindicais, movimentos sociais e de partidos políticos. Cardoso (2012) faz a ressalva da aprovação dos outros modelos de gestão na década de 2000, mesmo com diretrizes contrárias nas Conferências Nacionais de Saúde.

Foi contestada a constitucionalidade da Lei das OS através de Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin nº 1.923-DF) ajuizada por deputados do PT e PDT, em 1998 (BORGES, 2012; CORREIA; SANTOS, 2015; GOMES, 2014; SÃO PAULO, 2008; SILVA, 2016). Em 2001, o Supremo Tribunal Federal indeferiu o pedido de liminar por meio do qual se pretendia a suspensão imediata dos efeitos da Lei e deu início à análise do mérito da ação, processo esse que levou 17 anos para ser analisado e ser apresentado o posicionamento público.

O principal teor do questionamento constitucional refere-se à substituição da função administrativa do Estado, mediante suas responsabilidades, pelo setor privado, para as áreas de que trata a Lei. Argumenta-se que as OS contrariariam o princípio da legalidade por desacordo com a Lei de Licitações (Lei nº 8.666/93), quando são dispensados do processo licitatório para a celebração de contratos de gestão entre o Estado e a associação privada qualificada. Outra contradição estaria na contratação dos trabalhadores por entidades privadas para a atividade pública que, segundo determinação constitucional, deve ser feita via concurso público.

O Ministério Público Federal (MPF) chegou a se posicionar pela inconstitucionalidade das OS no documento “Fundamentos básicos para atuação do MPF contra a terceirização da gestão dos serviços prestados nos estabelecimentos públicos de saúde”, do Grupo de Trabalho da Saúde, da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Indicou essa inconstitucionalidade uma vez que essas entidades colidem frontalmente com os princípios e regras da Constituição da República e da Lei Orgânica da Saúde, que determina a prestação dos serviços do SUS diretamente pelo poder público (art. 196, caput), e que a participação da iniciativa privada fica autorizada em caráter complementar (199 caput e § 1º da CF e art. 24, da Lei nº 8080/90) (CORREIA; SANTOS, 2015).

O próprio ministro-relator da Ação Direta de Inconstitucionalidade, Ayres Britto, ressaltou que a lei das organizações sociais colidia com a Constituição Federal de 1988, indicando acolhimento parcial da inconstitucionalidade. Nas palavras do mesmo, a seguir.

Têm razão os autores quando impugnam o que se convencionou chamar de “*Programa Nacional de Publicização*”. Programa que, nos termos da Lei 9.637/98, consiste na “*absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 1º, por organizações sociais, qualificadas na forma desta Lei*” (art. 20). Em outras palavras, órgãos e entidades públicos são extintos ou desativados e repassados todos os seus bens à gestão das organizações sociais, assim como servidores e

recursos orçamentários são igualmente repassados a tais aparelhos ou instituições do setor privado. Fácil notar, então, que se trata mesmo é de um programa de **privatização**. Privatização, cuja inconstitucionalidade, para mim, é manifesta (...). Ora, o que faz a Lei 9.637/98, em seus arts. 18, 19, 20, 21 e 22, é estabelecer um mecanismo pelo qual o Estado pode transferir para a iniciativa privada **toda a** prestação de serviços públicos de saúde, educação, meio ambiente, cultura, ciência e tecnologia. A iniciativa privada a **substituir** o Poder Público, e não simplesmente a **complementar** a performance estatal. É dizer, o Estado a, globalmente, terceirizar funções que lhe são típicas o que me parece juridicamente aberrante, pois não se pode forçar o Estado a desaprender o fazimento daquilo que é da sua própria compostura operacional: a prestação de serviços públicos (...). O que de pronto me leva a julgar inconstitucionais os arts. 18 a 22 da Lei 9.637/98. (voto ministro-relator Ayres Britto, ADI 1923-5, p. 15 a 17 apud Gomes 2014 p.28).

Apesar dessas ponderações, em dezembro de 2015 o Supremo Tribunal Federal publicou o Acórdão relativo à Adin nº 1.923, decidindo que os chamados serviços essenciais (saúde, educação etc.) também poderiam ser prestados de forma indireta, através das OS (SILVA, 2016). A decisão, adotada por sete votos a dois, havia sido tomada em abril de 2015, mas a publicação se deu somente no final do mesmo ano.

Houve também uma Ação Direta de Inconstitucionalidade, instituída em janeiro de 2013, contra dispositivos da Lei nº 12.550/2011, que autorizou a criação da EBSERH (Adin nº 4.895). O então Procurador-Geral da República, Roberto Gurgel, afirma que a lei viola dispositivos constitucionais ao atribuir à Ebserh a prestação de um serviço público, aponta a quebra da autonomia universitária e a afronta à indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão como alicerces garantidores do livre aprender e ensinar (artigos 206 e 207, da Constituição de 1988) (CORREIA, 2014).

Diante do cenário da existência desses “novos modelos de gestão” no SUS, diversos posicionamentos vão sendo explicitados, sendo que o posicionamento dos movimentos sociais referente a essa temática mantém-se heterogêneo. O Cebes (2011b) afirma que há a “necessidade de reformar a estrutura administrativa do gerenciamento público dos estabelecimentos públicos de prestação de saúde”, fazendo referência à necessidade de alternativas de modelos gerenciais na administração pública, inclusive o gerenciamento de recursos humanos, destinadas às unidades públicas de prestação de serviços de saúde à população. Muito semelhante aos argumentos encontrados na base da “Reforma” do Estado, esse movimento social faz menção ao “anacronismo, lentidão, ineficiência e ineficácia,

estruturados na prestação de serviços públicos de saúde perante a dinâmica das demandas sociais de saúde atreladas às necessidades e direitos da população” (CEBES, 2011b p. 296). Defende-se que deve ser adotado modelo jurídico constitucional de autonomia gerencial, indispensável para a atuação eficiente e eficaz do Estado na prestação de serviços na área social. Fazem a ressalva, entretanto, de que não deveria acontecer: a) mediante lei específica sobre a desvinculação da administração indireta, tornando-se fundações ou empresas civis privadas b) venda de serviços públicos no mercado sob o pretexto de captação de recursos adicionais, o que, além de desestruturar seu caráter público, justificaria a continuidade do subfinanciamento público, por isso devendo exclusivamente aos usuários do SUS.

Ainda nesse sentido, autores da saúde coletiva, como Ocké-Reis e Sophia (2009) e Nogueira (2011), afirmam que, para refrear o movimento de privatização, uma inovação repousaria na criação de um tipo de propriedade privada de interesse público, em direção a novos modos de intermediação do financiamento dos serviços privados. Essa mediação passaria pela constituição de empresas-modelo, aliada a um forte ativismo das políticas de Estado.

Menezes et al. (2015) mostram, a partir de um estudo realizado no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e das Conferências Municipais, que houve um posicionamento, por maioria absoluta, contrário à implementação das OS no município e em defesa de uma saúde pública, 100% estatal e de qualidade. Na análise dos dados, percebeu-se também forte tendência do governo e de algumas instituições que estão presentes no âmbito da saúde pela privatização dessa área. Apesar do posicionamento majoritário ser contrário às OS e aos “novos modelos de gestão”, não foi respeitada a autonomia e o poder deliberativo do Conselho e da Conferência Municipal, pois o poder executivo e legislativo, munidos por interesses distintos, levou adiante o projeto de parceria com essas instituições.

Bravo et al. (2015) analisam as reivindicações do Fórum Popular de Saúde do Rio de Janeiro, articulado com o movimento da FNCPS. Esses autores afirmam que tal movimento social atua sob a perspectiva de que os problemas existentes no campo da gestão do SUS não se resolvem através de “novos modelos de gestão”, mas que devem ser asseguradas as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão, preconizado pelo SUS. Isso implica na necessidade de mais recursos para ampliação exclusiva dos serviços públicos com gestão pública estatal e controle social efetivo. Essa ampliação de recursos deve ser atrelada à análise dos determinantes sociais do processo saúde e doença, debatendo-se aspectos das desigualdades sociais; o modelo de Atenção à Saúde que garanta o acesso universal (priorizando a Atenção Básica com retaguarda na média e alta complexidade); a

política de valorização do trabalhador e da trabalhadora da Saúde; além da efetivação do Controle Social e da Participação Social.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2013) constrói um debate posicionando-se claramente contra estes “novos modelos de gestão”, afirmando que

Propostas de flexibilização da gestão pública e de implementação de modelos organizacionais que seguem à lógica de mercado para gerir os serviços públicos constituem grave ataque ao caráter público da saúde. Seguem uma racionalidade que fere mortalmente os princípios da administração pública direta, e têm sido concretizados nas três esferas governamentais através da proposição ou edição de Leis e Emendas Constitucionais que alteram o arcabouço jurídico e até os princípios que orientam a boa gestão da coisa pública (...) (FNCPS; 2014 p. 1).

Problematizam que “novos modelos de gestão” têm em comum a personalidade jurídica de direito privado, e fazem uma análise dos diferentes governos com a criação das OS e OSCIPs no governo de FHC; a proposição da FEDP apresentada proposta pelo governo Lula; como a Ebserh, proposta pelo governo Lula e sancionada no governo Dilma.

Correia (2014) apresenta aspectos específicos da resistência e das lutas sociais contra a implementação da Ebserh, abordando o posicionamento contrário de professores, técnicos e estudantes, em cada Universidade, ao longo do debate da implementação dessa nova figura jurídica na área da saúde.

Pode-se notar, na bibliografia da área, a prevalência de alguns pontos de questionamentos referente a estes modelos de gestão: 1) regulação dos serviços públicos por mecanismos baseados na lógica do mercado e fragmentação do sistema, dificultando a composição de rede e do cuidado; 2) transferência de recursos públicos ao setor privado e aspectos referentes à não exigência de licitação; 3) flexibilização das relações de trabalho; 4) falta de controle social. Será abordado de maneira sucinta cada um dos pontos apresentados. Ainda realizada, aqui, a subdivisão destes questionamentos como forma de exposição da temática, não pretende-se perder a ideia de que estas questões estão interligadas e fazem parte de um mesmo processo.

1) Regulação dos serviços públicos por mecanismos baseados na lógica do mercado e fragmentação do sistema, dificultando a composição de rede e do cuidado

Correia e Santos (2015) afirmam que essa tendência crescente de repasse da gestão para o setor privado, através da gestão “pública não estatal” ou “estatais”, com personalidade jurídica de direito privado, amplia ainda mais a lógica administrativa do setor privado com a regência dos interesses do mercado, oficializando o gerencialismo na saúde presente na proposição e nos textos institucionais da “Reforma” do Estado.

Apesar dessa lógica de organização do trabalho não ser exclusividade desses modelos de gestão, é estruturante nos mesmos. A crítica ao gerencialismo nos serviços de saúde e ao pagamento vinculado à produção como principal mecanismo regulador do trabalho é antiga dentro do campo da Saúde Coletiva. Campos (1997b) afirma que, se por um lado há indícios de que o pagamento por produção costuma aumentar a produtividade, por outro, quase nunca logra articular o trabalho a ser executado a compromissos sólidos com a cura e recuperação de doentes. O autor afirma que essa forma de organização do trabalho frequentemente gera superprodução de atos desnecessários, mas rendosos e, ao mesmo tempo, subprodução de atos necessários, porém, pouco remunerados. Dessa forma, observa-se a concentração de atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de continuidade de ações articuladas que o trabalhador não somente não controla como até desconhece em certos casos. Indica ainda que esse modelo de gestão produz um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado.

Nessa perspectiva, Campos afirma que o trabalhador perde autonomia, tornando-se cada vez mais alienado do objetivo de produzir saúde. Ademais, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de ações para solucionar um problema sanitário e de cuidado à saúde, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade.

Ballarotti (2015) constata, através das entrevistas realizadas em estudo sobre as percepções da gestão e dos processos de trabalho de médicos contratados por Organizações Sociais (OS), na ESF do município de São Paulo, que a avaliação dos resultados do trabalho, por parte da gestão, se dá exclusivamente através da avaliação das metas quantitativas estipuladas pela OS. Os trabalhadores participantes da entrevista indicam que concordam com a necessidade de levar em conta a quantidade de consultas para avaliar parcialmente um serviço, porém, queixaram-se das metas quantitativas serem o único mecanismo de avaliação.

Constata-se, também, a percepção de que as metas quantitativas não abrangiam a avaliação de uma complexidade de ações da ESF desempenhadas no cotidiano, o que explicita, através do discurso dos próprios trabalhadores, que esta lógica não abarca a complexidade e perspectiva pautada pelo SUS.

A autora identifica, ainda, que embora haja espaço para a discussão do processo de trabalho nas unidades de saúde, há exacerbação da hierarquia de poder dentro do serviço, sendo os agentes comunitários de saúde os que têm menor possibilidade de serem ouvidos. Além disso, há relatos de que, na prática, mesmo os médicos não têm voz dentro da estrutura da organização, com limitações das possibilidades de arranjos em função das “regras da empresa”. Fica claro, com as entrevistas, que há situações de intimidação dos trabalhadores nas discussões com a presença da gestão e gerência da OS, e que há, em certos momentos, a realização de reuniões apenas para reforçar o “cumprimento das regras”, explicitando perda de autonomia dos trabalhadores ante o seu processo de trabalho e a não valorização do trabalho em equipe, aspecto esse muito presente em textos e diretrizes do SUS.

Borges (2012) e Andreazzi (2013) fazem a leitura de que os “novos modelos de gestão”, por serem regulados por mecanismos alheios ao SUS, norteados pela referência de contratos de metas, vêm gerar, em muitos casos, a seleção de riscos, em que se evitam casos complexos, crônicos e de alto custo, sendo priorizados casos potencialmente mais desejáveis em termos de custo. Assim, parte da população passaria a ter maior dificuldade de acesso aos serviços. Apesar de alguns autores indicarem que o modelo de gestão baseado em metas interfere no cuidado em saúde ofertado, o argumento que dá sentido a tal prática é o da eficiência, eficácia e quantidade dos serviços prestados, sob o argumento da produtividade (entendida como economia de recursos empregados para um mesmo produto ou como maximização de produtos dada uma quantidade fixa de recursos), distorcendo o perfil de casos que o serviço prefere admitir (ANDRADE, 2011; CARDOSO, 2014).

No estudo realizado pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCESP), comparando três hospitais administrados por OS e três hospitais gerenciados pela Administração Direta (no documento intitulado “Comparação de Hospitais Estaduais Paulistas: estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde”) (SÃO PAULO, 2010) discute-se que, ao analisar os indicadores de eficácia e eficiência, constatou-se a inferioridade nos números das OS. Quando analisadas as taxas de mortalidade geral, os indicadores dos hospitais da Administração Direta demonstraram superioridade qualitativa aos das OS. Esse estudo explicita, também, que as relações enfermeiro/leito e médico/leito são maiores nos hospitais da Administração Direta, além de

que o indicador de Eficiência Técnica (a relação altas/leitos clínica médica) é maior para estes hospitais. Mostra-se, de maneira empírica, que se pode apontar questionamentos claros ao discurso da eficiência e da eficácia na administração pública não estatal, e que o cuidado aos usuários desse serviço não necessariamente recebe melhor atendimento como proclamado por muitos.

Além dessa questão do cuidado propriamente dito, aspecto esse considerado aqui de muita relevância ao se pensar no cuidado na rede pública de saúde, há que se resgatar também a baixa capacidade de regulação do Estado a essas empresas. Andreazzi (2013) considera a baixa capacidade de regulação uma das grandes fragilidades das reformas baseadas em contratos do poder público com terceirizados para desenvolver serviços públicos, afirmando que esse modo de operar torna o Estado refém das empresas. A autora afirma que, uma vez contratada, a empresa terá interesse em se manter de qualquer forma, inclusive por meio de seu poder econômico, além de que considera frágil e pouca a autonomia a longo prazo para definir essas metas e romper o contrato quando seu quadro de pessoal próprio será progressivamente extinto e substituído por empregados da empresa.

Ballarotti (2015) indica, ao entrevistar médicos de OS paulistas, que a maior parte dos entrevistados questiona qual seria o benefício de ter uma instituição privada como intermediadora da gestão do SUS por não verem vantagens desse arranjo de gestão na prática do seu cotidiano. Afirmando que, apesar do discurso hegemônico de que a gestão privada é mais eficiente e resolutiva, faltam evidências para sustentar tal argumentação e na prática cotidiana isso não ficava claro. Além disso, a autora afirma que a questão da infraestrutura não foi diretamente abordada no roteiro das entrevistas semiestruturadas, mas surgiu de forma espontânea por parte dos profissionais entrevistados, que relacionaram problemas de infraestrutura com a insatisfação no trabalho. A falta de infraestrutura, materiais, medicamentos, retaguarda de outros níveis de atenção, somada à sobrecarga de trabalho e falta de capacitação foram elencados como fatores que aumentam a rotatividade dos profissionais, aqui relacionados como parte do processo de flexibilização e precarização das condições de trabalho.

Fica explícito, que alguns aspectos que a lógica gerencial supostamente solucionaria se mantêm inalterados mesmo em serviços com esse modelo de gestão. A falta de estrutura e material, muitas vezes relacionada pela falta de recursos financeiros das políticas de saúde, se mantém presente seja nos serviços “públicos não estatais”, seja em serviços de administração direta.

Gomes (2014) também indica que os princípios da universalidade e da integralidade permanecem em constante ameaça pela introdução desses modelos privados de gestão, uma vez que abrem a perspectiva da introdução da dupla porta de acesso. Uma vez estabelecida a natureza do Direito Privado atribuída à empresa, está implícito que é permitida a exploração de atividade econômica, podendo ser estabelecida uma administração visando a rentabilidade dos recursos em detrimento dos fins e do cuidado à população (BEHRING, 2008; CORREIA, 2014; GOMES, 2014).

Apesar da medida ter sido contextada, houve a tentativa no estado de São Paulo de reservar 25% dos leitos das unidades de saúde administradas por OS para atendimento pelas operadoras de planos de saúde (BORGES, 2012; GOMES, 2014). Mesmo não se instituindo essa reserva de clientela, Correia (2014) afirma que, especificamente no caso da Ebserh, poderá haver priorização do atendimento aos usuários do SUS que tenham planos privados, pois esse resultará na dupla obtenção de recursos (através do repasse do SUS e de repasses dos planos privados). Traz como exemplo o Hospital das Clínicas de Porto Alegre que, segundo a autora, vem sendo usado como referência pelo Governo Federal para a implantação dessa empresa nos HUs, onde já se adota a inconstitucional dupla porta de entrada em hospital público, com percentual de cerca de 20% dos leitos disponibilizados para usuários de planos privados de saúde (como Saúde Bradesco, Cassi, Unimed, entre outros).

Além disso, no caso da Ebserh que, em sua lei, abre a possibilidade de utilização econômica dos espaços dos hospitais universitários para atividades de ensino privado, poderá gerar sobrecarga sobre os recursos existentes, além de influenciar a pesquisa clínica de certas morbidades em detrimento de outras a partir do interesse do mercado, podendo inclusive incentivar uma demanda específica, na medida em que essa pesquisa seja uma fonte de ingressos para a empresa hospitalar (ANDREAZZI, 2013).

O caráter mercantil, próprio do direito privado, segundo Correia (2014) também é explicitado na lei que regulamenta a Ebserh, no parágrafo segundo do seu artigo 1º, o qual autoriza a Ebserh “a criar subsidiárias para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social”. Afirma que é comum que empresas públicas em áreas sociais, como educação e saúde, comecem com sua configuração 100% pública, mas, depois, ao se constituir subsidiárias, prevaleça a configuração privada.

Borges (2012) indica, também, que um dos quesitos para a qualificação como as OS, dá-se pela comprovação de capacidade de administração hospitalar por mais de cinco anos. No instante que comprovam experiência na administração hospitalar significa, segundo o

autor, já possuir um hospital, com ou sem fins lucrativos, sendo que esse processo leva à conceção clara aos já prestadores privados o direito sobre os bens do SUS.

Também nesse sentido, documento intitulado “Comparação de Hospitais Estaduais Paulistas: estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde” indica que os hospitais estaduais paulistas foram entregues equipados para as entidades públicas não-estatais sem que houvesse qualquer transferência patrimonial. Assim, na *publicização* paulista, o Estado entrega os prédios hospitalares, equipamentos e materiais existentes, que continuam a pertencer ao patrimônio do Estado, mas é gerido (com contratação de funcionários, de serviços ou suprimentos etc.) pela entidade privada e nos moldes de uma administração particular (SÃO PAULO, 2010), havendo clara transferência não institucionalizada de patrimônio público ao setor privado.

Borges (2012) afirma que, ao estabelecer os contratos com essas figuras jurídicas, a rede de saúde se encontra sob duplo comando: por um lado há a gestão desse entes que na prática, se constitui um *lobby* dos dirigentes das OS, e de outro há o processo de construção de rede de cuidado pelo município, ou pelos municípios de uma dada região. Como já discutido, a ocupação das estruturas estatais não é algo novo (debatido de certa forma na questão da ANS), mas o autor indica que o fato de se abrir espaço para esses contratos de gestão, abre-se mais uma brecha para a ocupação das estruturas estatais pelos prestadores de serviço privado. Assim, em reuniões da secretaria municipal de saúde, conselhos, ou outros espaços institucionais para organização do cuidado e da rede de saúde, observa-se a instituição de cadeiras para essas novas figuras jurídicas.

As OS ou demais modelos de gestão “público não estatal”, por terem autonomia administrativa e financeira, têm suas ações e planejamento descentralizados e não fazem parte do planejamento dos municípios. Isso influencia o processo de regionalização, uma vez que cada entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços (SÃO PAULO, 2010). Vários municípios têm encontrado dificuldade para negociar ampliação de serviços que avaliam como necessários, como leito de saúde mental em hospital geral que, muitas vezes, não são reconhecidos como algo “da ordem do negócio”.

Borges (2012) afirma, ainda, que, além da fragmentação do SUS, por meio desse duplo comando e da dificuldade de se constituir o processo de regionalização de maneira articulada, há desvinculação da força de trabalho, dado que essa forma de contrato amplia a fragmentação da rede de serviços levando à inserção limitada dos trabalhadores por esses não participarem efetivamente das representações colegiadas ou espaços de gestão para discussão da política municipal/estadual.

2) Transferência de recursos públicos ao setor privado e aspectos referentes à não exigência de licitação

Autores da área da Saúde Coletiva e do Serviço Social afirmam que os contratos estabelecidos com as OS ou com outras entidades “públicas não estatais” representam mais uma forma de transferência do fundo público para o setor privado (ANDREAZZI, 2013; BORGES, 2012; CARDOSO, 2012, 2014; CORREIA, 2014; CORREIA; SANTOS, 2015; GOMES, 2014).

Borges (2012) afirma que o financiamento passou a não ter como referência a tabela SUS, mas continuou a ser estabelecido como base por procedimento numa composição de custeio pré-fixado, uma parte fixa e outra variável. O contrato de gestão, estabelecido em 1998, determinava que o pagamento seria mensal, mediante a apresentação de demonstrativos de despesas. No entanto, a partir de 2001, estabeleceu-se que 90% do orçamento seria transferido em um valor fixo em doze parcelas mensais, e apenas 10% do orçamento vinculado ao alcance de indicadores de qualidade.

Bahia (2008) afirma que o aumento, em termos reais, dos preços das internações hospitalares, por exemplo, não foi homogêneo para os distintos tipos de estabelecimentos hospitalares, havendo, ampliação maior dos preços das internações em hospitais filantrópicos do que em hospitais que estabeleceram parceria com o Estado, através de contratos. Como exemplo, pode-se observar a variação dos preços e o reposicionamento dos estabelecimentos filantrópicos na rede SUS em relação às cirurgias cardíacas, a partir da Tabela 10. Observa-se que a variação do preço de 1997 a 2007 foi maior em estabelecimentos filantrópicos do que nos contratados e nos serviços municipais.

O fato de essas instituições terem uma personalidade jurídica privada possibilita que bens e serviços possam ser adquiridos sem serem submetidas a todos os procedimentos estabelecidos pela Lei de Licitações (BORGES, 2012; CORREIA; SANTOS, 2015; GOMES, 2014). Apesar de ser avaliado por alguns autores como tendo maior agilidade na compra de bens médico-hospitalares duráveis e não duráveis, considerando como uma vantagem administrativa (BARBOSA E ELIAS; 2011 APUD BORGES, 2012), Borges (2012) indica esse fato como abrindo caminho para o aparelhamento do setor privado nas unidades públicas. Gomes (2014) afirma que a não obrigatoriedade da obediência dessas entidades privadas ao princípio licitatório resulta no grande número de escândalos envolvendo desvios de recursos públicos pela saúde por OS, e aponta como um dos elementos de inconstitucionalidade desses “novos modelos de gestão” no SUS.

Tabela 10 – Estimativa da variação, preço unitário de internações, segundo tipo de prestador de serviço. Brasil, 1997 e 2007, (valores corrigidos pelo IPCA)

Tipo de estabelecimento hospitalar	1997 Valor nominal médio	1997 Valor ajustado	2007 Valor nominal médio	Varição percentual 2007-1997 (preço de 1997 ajustado)
Próprio	220,73	434,52	537,5	19,16
Contratado	240,17	454,27	585,04	22,35
Contratado optante pelo simples	175,98	332,86	524,3	36,51
Federal	143,56	277,21	1022,38	72,89
Federal verba própria	266,83	504,7	465,97	-8,89
Estadual	209,46	396,18	716,9	44,73
Municipal	163,04	308,38	421,05	23,75
Filantrópico	194	367	608,59	39,69
Filantrópico isento de tributos e contribuições sociais	237,14	448,54	781,96	42,64
Filantrópico isento de IR e contribuições s/lucro líquido	188,07	355,73	959,78	62,93
Sindicato	149,35	282,49	346,96	18,58

Gráfico retirado de Bahia (2008).

Lima e Bravo (2015) demonstram, em estudo realizado no município do Rio de Janeiro sobre os contratos celebrados com as OS (2009-2013), que, além do montante estabelecido no contrato assinado com o município, todas as instituições receberam recursos a mais do que o inicialmente previsto através de Termos de Aditivos. O estudo demonstrou que houve tendência crescente do setor privado em assumir a gestão de unidades públicas de saúde de todas as áreas, e constata-se que, dotada de autonomia para decidir sobre os procedimentos que devem adotar para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações (sem necessariamente fazer um processo de licitação), as entidades contratadas pela prefeitura acabaram pagando um preço maior por serviços, medicamentos e produtos.

Isso também é reiterado e explicitado através do estudo de Aline Cardoso (2012) que afirma haver imensa contradição entre o que os defensores dos “novos modelos de gestão”⁴⁶ apresentam como vantagens e o que se materializa na realidade. Em relação a esse aspecto de compra de serviços e materiais, cita que em relatório do TCM/RJ, ao estudar Unidades de Pronto Atendimento (UPA) municipais que estão sob gerência de OS, foram revelados gastos excessivos, sendo que a entidade contratada pela prefeitura pagou por serviços e materiais num valor acima do que a prefeitura desembolsa diretamente sob sua gerência. Foi

⁴⁶ A autora usa o termo “modelos privatizantes de gestão” para designar os “novos modelos de gestão”, mas aqui fez-se a substituição do termo para manter a terminologia adotada neste trabalho.

identificado, por exemplo, um valor de 56% a mais por serviços de limpeza, 168% por remédios (antibióticos, antitérmicos, analgésicos e anti-inflamatórios) e 51% a mais por gases medicinais em serviços geridos por OS. Além disso, esse documento traz outros exemplos demonstrando que a terceirização da gestão dos serviços vem custando mais caro aos cofres públicos.

Do ponto de vista do resultado econômico, o estudo realizado pelo TCESP mostra que os hospitais analisados de porte semelhante custam R\$60 milhões a mais nas OS do que nas gestões diretas, mesmo com variação de 38,52% de menor eficácia. Outro exemplo significativo, em relação aos gastos, é que o custo do leito por ano nas OS foi de 17,60% maior que nos hospitais da administração pública (SÃO PAULO, 2010). No Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), após a terceirização dos laboratórios, o preço-padrão estipulado pela Secretaria de Estado da Saúde, para a maioria dos exames, foi superior ao custo que os mesmos exames possuíam quando realizados pelo laboratório próprio do IIER, sendo mais um exemplo de que o custo é mais elevado após a terceirização (SÃO PAULO, 2008).

Nesse sentido, Borges (2012) afirma que estudos demonstram, no estado de São Paulo, aumento de mais de 114% nos custos das unidades gerenciadas pelas OS, entre 2006 e 2009, as quais custam cerca de 50% a mais que as unidades gerenciadas pela administração direta, gerando déficit financeiro de 147,18 milhões aos cofres públicos, somente em 2010.

Behring (2008) afirma que esse processo de implementação dos “novos modelos de gestão” leva à submissão dos fins públicos a interesses privados, inclusive com busca de fontes de financiamento extraorçamentárias e com aplicações no mercado financeiro. Isso fica claro quando se observa o caso específico da Ebserh (ANDREAZZI, 2013; CARDOSO, 2014; CORREIA, 2014) uma vez que, além do financiamento ser feito por meio da União, do MEC e de convênios com o SUS, essa empresa pode incorporar qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro (poderá ser sócia de empresas lucrativas), além de estar previsto na lei a possibilidade de fonte de recursos através de aplicações financeiras. Correia (2014) afirma que a Lei nº 12.550/2011 que regulamenta a Ebserh traz expressões próprias do mercado, o que reforça a leitura de um alinhamento com os interesses a ele inerentes. Há, inclusive, a menção em relação a lucro líquido da empresa, o qual deverá ser reinvestido para atendimento do objeto social da mesma. Discute, ainda, que a Ebserh não traz novos aportes de recursos para os HUs, sendo um indício de que a questão não é ampliar o financiamento público com a implementação dessa nova figura jurídica, mas vem ampliar o financiamento privado e a lógica do mercado nos serviços públicos de saúde.

Explicita-se, cada vez mais, relação com o capital financeiro e o capital internacional no âmbito da saúde, inclusive através dos “novos modelos de gestão”. O grande capital da saúde já é verticalizado e financeirizado, conformando grupos econômicos com participação de seguros, serviços e indústria da saúde e, segundo Correia (2014), com a Ebserh abre-se mais um campo para sua atuação, no setor de prestação de serviços ao Estado, especialmente pela área hospitalar conter grande densidade de capital.

Pode-se notar que, apesar de não haver nenhuma indicação de investimentos no mercado financeiro na lei nacional que regulamenta as OS, esse processo pode ser observado em leis e decretos municipais. Um exemplo disso é apresentado por Cardoso (2012) que cita o Decreto nº 33010 de novembro de 2012 do Rio de Janeiro, que trata dos critérios para aplicação financeira de recursos transferidos às OS via contrato de gestão.

Andreazzi (2013) indica que a criação da Ebserh corresponde à fase de transição que visa transformar os serviços públicos de saúde de tecnologia mais complexa em organismos autônomos, que possam utilizar financiamento público e privado e se integrem, de forma subordinada, ao circuito principal dos interesses das grandes empresas internacionais, como os grandes grupos nacionais de medicamentos, equipamentos, planos de saúde e serviços privados, especialmente laboratórios de análises clínicas e imagem. Segundo a autora, projetos de organismos internacionais apresentam claramente essa perspectiva. Assim, ensino, assistência e pesquisa deixam de estar de acordo com as necessidades da população e os interesses nacionais, e estariam submetidos a essa lógica de mercado e do grande capital.

Isso estaria explicitado, também, pelo estabelecimento dessas fontes, acrescidas da incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro como, por exemplo, venda de cursos, aluguel de instalações como enfermarias para escolas médicas e de enfermagem privadas. Assim, muda-se a lógica da alocação de recursos, pois as necessidades do mercado definem os serviços oferecidos pela empresa e não qualquer lógica de necessidades de saúde, de formação de profissionais de saúde e de pesquisa, de acordo com prioridades políticas nacionais. Numa conjuntura prolongada de ajuste fiscal, significará a incessante busca de recursos privados, com o discurso da sobrevivência de uma empresa “estatal” sob a lógica do capital privado, ao mesmo tempo em que o setor privado capta, de mais uma maneira, parte do fundo público a seu favor (ANDREAZZI, 2013; CARDOSO, 2014; CORREIA; SANTOS, 2015). Mais uma vez pode-se fazer uma correlação na área da saúde de diferentes manifestações do movimento de reversão neocolonial como indicado anteriormente.

3) Flexibilização das relações de trabalho

A literatura indica que, com os “novos modelos de gestão”, instituiu-se a possibilidade de contratação de trabalhadores do SUS sem ser por meio de concurso público, passando de Regime Jurídico Único ao contrato previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BORGES, 2012; CARDOSO, 2014; CORREIA, 2014; CORREIA; SANTOS, 2015; GOMES, 2014; SÃO PAULO, 2008). Santos (2013) estima que 60% dos trabalhadores do SUS não são estatutários atualmente.

Gomes (2014) afirma, ainda, que, ao adotar a contratação pelo regime privado, sem a estabilidade do Estatuto do Servidor, observa-se inibição da participação dos profissionais de saúde nas conferências e conselhos, visto que os mesmos ficam ameaçados pelo risco da demissão imotivada por repreensão dos seus empregadores privados. Segundo o autor, a estabilidade do servidor público e o concurso público como única via de acesso aos cargos públicos foram inscritos na Constituição Federal de 1988 como forma de minimizar o clientelismo e o fisiologismo. A impessoalidade e o interesse público seriam, assim, as razões da estabilidade do Regime Jurídico Único estatutário para que as políticas de Estado prevalecessem como direitos, diante das políticas temporárias de favorecimento de eventuais governos. Há a perspectiva de que, embora os celetistas estabeleçam contratos mediante concurso público de provas ou provas de títulos, nessas instituições “públicas não estatais” pode haver também processo seletivo simplificado o que facilita ainda mais posturas clientelistas e patrimonialistas, por parte dessas organizações (ANDREAZZI, 2013; BEHRING, 2008).

Cardoso (2014) afirma, ainda, que a perda da estabilidade impõe no âmbito do Estado os riscos aventureiros do mercado, uma vez que, da mesma forma que os trabalhadores podem ser contratados de maneira rápida e supostamente ágil, eles podem ser demitidos caso as “políticas sociais” ou atuação dos trabalhadores não estiverem de acordo com os excedentes/metasp e expectativa da empresa. A autora diz, ainda, ser importante ressaltar que, além da questão da estabilidade dos trabalhadores, há a possibilidade de existência de contratos temporários, aspecto esse que se mostra em consonância com a política do grande capital de precarização das relações de trabalho. Isso, na área da saúde, vem ser ainda mais grave em função da especificidade da clínica e vínculo com usuários que são acompanhados nos serviços de saúde.

Um exemplo disso é apresentado por Correia (2014) que afirma que já está previsto em lei, através dos artigos 10º e 11º da Ebsers (Lei nº 12.550/2011), a contratação de funcionários através da CLT por tempo determinado (contrato temporário de trabalho); e o

artigo 12º da mesma lei que permite a celebração de contratos temporários de emprego, mediante processo seletivo simplificado. A situação da precarização dos contratos aprofunda-se ainda mais com a possibilidade da Ebserh terceirizar a contratação através das filiais, o que diminuiria também o vínculo direto dos trabalhadores com a própria empresa, ficando o trabalhador ligado às empresas responsáveis pela terceirização (ANDREAZZI, 2013; CARDOSO, 2014; CORREIA, 2014).

Isso pode ser verificado em parecer do “Inquérito sobre a Remuneração dos Serviços Médico-Hospitalares” da Assembleia Legislativa do estado de São Paulo. Foi verificado que, no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), em abril de 2008, já constava que as áreas de lavanderia, limpeza, segurança, almoxarifado, farmácia central, laboratório, radiologia, neurocirurgia e nefrologia eram de responsabilidade das empresas terceirizadas mas sob direção do CHS. Já a farmácia de alto-custo e do setor de hemodiálise estavam sob condução e responsabilidade de empresas estranhas à direção do hospital (embora lotados no CHS, são vinculados ao Departamento Regional de Saúde). No documento há a indicação de que, devido a essas terceirizações, os funcionários públicos estavam sofrendo desvio de função após seus setores passarem a ser geridos por empresas privadas; e alguns funcionários públicos estavam exercendo funções que são de responsabilidade das empresas terceirizadas (SÃO PAULO, 2008).

Borges (2012) faz a ressalva que os salários da maioria dos trabalhadores das OS são inferiores aos dos estatutários, com exceção feita aos médicos e aos cargos de gestão, tendo esses um piso salarial maior. Do ponto de vista do resultado econômico, o estudo realizado pelo TCESP explicita, também, esta desigualdade salarial entre os trabalhadores. O valor/hora proveniente das medianas de salários das categorias “nutricionista”, “auxiliar de enfermagem” e “coordenador médico” é maior para os hospitais da Administração Direta, no entanto, o valor/hora proveniente das medianas de salários da categoria de “Diretor Técnico/Médico” é maior para os hospitais das OS. Assim, de maneira geral, enquanto os cargos de gerência, diretores administrativos e médicos ganham acima da média nos serviços com gerência não estatal, os trabalhadores vem a ocupar cargos subalternos recebem menos que seus pares dos hospitais geridos pelo Estado. A título de exemplo, apresentamos Tabela 11, com a relação do valor da hora (baseada na mediana de salário) de algumas categorias selecionadas do levantamento realizado pelo TCESP (SÃO PAULO, 2010).

Tabela 11 - Identificação da categoria profissional, comparando valor-hora das medianas de salários entre trabalhadores de serviços de saúde de porte semelhante com administração direta e administração por uma organização social

Categorias	Par 1		Par 2		Par 3	
	AD ³	OS	AD ³	OS	AD ³	OS ⁴
Nutricionista	15,04	12,56	22,58	12,56	16,16	15,56
Fisioterapeuta	23,53	11,29	12,88	11,18	9,91	-
Farmacêutico	18,21	15,16	14,82	15,16	15,06	14,72
Cirurgião-dentista	41,95	-	-	-	21,59 27,18	-
Auxiliar de enfermagem	11,59	8,54 8,57	14,11	8,56 8,57	10,83	7,58
Técnico de enfermagem	-	9,83 9,96	-	9,95	-	-
Enfermeiro	⁵	18,03 18,15	19,41	18,15	19,58	15,53 18,79
Gerente de Enfermagem	34,42	42,91	27,94	42,91	24,36	-
Médico - anestesista	24,63 33,46 52,24	38,20	29,13 42,46 45,17	38,20	25,87 29,70 68,82	-
Médico – Cirurgião geral	29,43 29,56	38,20	34,33 59,63 60,03	38,20	35,32 50,25	58,66 ⁴
Médico Clínico Geral	28,15 36,72	38,20	38,23 43,40 51,31	38,20	42,64 44,93	58,66
Médico – Ginecologista/Obstetra	28,10 33,03 41,46	38,20	43,03 53,92 62,41	38,20	34,32	58,66
Médico Pediatra	35,11 39,01 43,19	38,20	43,03 53,92 62,41	38,20	35,42 49,02	58,66
Médico Psiquiatra	28,37 38,21	38,20	28,61 31,54 49,54	38,20	30,68	58,66
Médico Radiologista	26,44 28,97	-	33,14	-	35,75 44,43	-
Médico Plantonista	³	38,19 38,20	³	38,20	³	58,66 ⁴
Coordenador médico	79,75	57,55	64,33	57,55	71,43	65,91
Diretor Técnico / Diretor Médico	20,70	73,74	14,67	73,74	27,66	98,19
Diretor Clínico	-	-	132,60	-	107,91	-
Auxiliar Administrativo	6,94	5,50	6,88	4,98 5,50	6,93	5,83
Gerente Administrativo	-	52,08	18,98	52,08	-	32,75
Gerente de RH	16,73	-	15,11	34,02	15,65	32,75
Supervisor administrativo	8,83	-	10,66	-	-	14,37 17,03
Diretor Administrativo / Adm Hospitalar	-	71,93	12,24	71,93	-	59,04

Tabela retirada de São Paulo (2010)– Fonte: par 1 – Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos (AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba (OS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases (AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo (AD) e Hospital Geral do Grajaú (OS). Dados: 2010¹.

Notas: ¹Folha de Agosto/2010 (Hospital Geral de Guaianases e Hospital Regional Sul São Paulo); outubro de 2010 (Hospital Geral de Itaquaquecetuba Hospital Geral de Itaim Paulista) ²Os hospitais sob OSS informaram jornada mensal, enquanto da AD, semanal, cujo cálculo consistiu em multiplicar ou dividir por 5 ³Os médicos plantonistas estão identificados por especialidade BA Administração Direta ⁴ Segundo Hospital Geral do Grajaú, os médicos, incluído o coordenador, recebem por hora, razão pela qual utilizaram-se os valores provenientes da pesquisa salarial agosto/2010 fornecida pela CGCSS ⁵Não informado, apesar de identificado o valor máximo de R 5.162,85 e mínimo de R\$2.858,19.

Esse fato é observado também em documento do Conselho Municipal de Saúde de Campinas durante estudo sobre um hospital municipal com gestão por uma OS. Observa-se que a diferença salarial é maior dentro da empresa que administrava o hospital do que o da administração direta da prefeitura. Ao se fazer análise da diferença salarial, constata-se que o salário mais baixo é 19 vezes menor que o maior salário da OS, sendo que essa proporção em serviços de administração direta cai para 9,8 vezes. Além disso, o documento apresenta a comparação entre os salários da administração direta com os da OS, reafirmando novamente que os salários da maioria dos trabalhadores são inferiores aos dos estatutários, com exceção aos médicos e cargos de gestão, tendo eles piso salarial maior (CAMPINAS, 2012). Na Tabela 12, indica-se a diferença salarial apresentada nesse estudo.

Tabela 12 - identificação dos cargos, apresentação do salário pago sob serviço de administração direta e sobre gestão da OS, e porcentagem da diferença salarial a partir do salário pago pela OS

Cargo	Valor do salário da administração direta	Valor do salário da OS	Porcentagem da diferença salarial dos salários da administração direta em relação a OS
Coordenador de portaria	R\$5.258,77	R\$2.020,86	-62%
Técnico de gesso	R\$2.482,60	R\$1.138,73	-54%
Escriturário	R\$1.792,99	R\$880	-51%
Auxiliar de radiologia	R\$1.379,22	R\$704,38	-49%
Auxiliar de farmácia	R\$2.068,84	R\$1.075,35	-48%
Assistente Social	R\$3.999,77	R\$2.240,10	-44%
Técnico de laboratório	R\$2.482,60	R\$1.441,81	-42%
Nutricionista	R\$3.999,77	R\$2.365,02	-41%
Técnico de enfermagem	R\$2.482,60	R\$1.469,87	-41%
Fisioterapeuta / Terapeuta Ocupacional	R\$3.333,13	R\$2.238,90	-33%
Enfermeiro	R\$3.999,77	R\$2.712,45	-32%
Copeiro	R\$1.241,29	R\$848	-32%
Auxiliar administrativo	R\$1.241,29	R\$880	-29%
Auxiliar de Enfermagem	R\$1.662,64	R\$1.269,66	-24%
Gerente de Recursos Humanos	R\$5.258,77	R\$6.939,04	32%
Diretor Técnico	R\$10.126,11	R\$13.368,25	32%
Gerente de Hotelaria	R\$3.786,29	R\$5.363,06	42%
Coordenador Técnico de Enfermagem	R\$5.258,77	R\$7.672,25	46%
Gerente Administrativo	R\$5.258,77	R\$9.680,28	84%

Tabela retirada de (CAMPINAS, 2012). Fonte: Dados apresentados Nov/2012. Comissão de Municipalização do Hospital Ouro Verde. Conselho Municipal de Saúde de Campinas.

Observa-se, também, número maior de profissionais em serviços de administração direta (SÃO PAULO, 2008, 2010), aspecto esse que induz a pensar que as OS e serviços de

administração “públicas não estatais” compões equipes menores como forma de contenção de gastos. Explicita-se, assim, intensificação e maior exploração do trabalho nessas instituições.

Cardoso (2014) discute, inclusive, que outra dificuldade de organização dos trabalhadores contratados pelos “novos modelos de gestão”, além dos trabalhadores não terem estabilidade no emprego, seria em função de que a organização sindical é diferente dos trabalhadores contratados pelas empresas públicas não estatais e os estatutários. Assim, mesmo que ambos reivindiquem melhorias nas condições de trabalho para serviços da mesma rede pública de saúde, e em alguns casos até mesmo para um mesmo serviço que conte com trabalhadores de diferentes instituições contratantes, esses teriam que dialogar e negociar com sindicatos diferentes que, às vezes, têm posicionamentos políticos distintos.

Outra ressalva crítica em relação aos “novos modelos de gestão” é a situação vivida em muitos serviços de saúde, em que em um mesmo local de trabalho há múltiplos salários e regimes de trabalho na mesma função, com trabalhadores cedidos para a gerência de outra instituição responsável o que complexifica ainda mais o cenário apresentado (ANDREAZZI, 2013; CARDOSO, 2014).

4) Falta de controle interno e controle social

Correia e Santos (2015) afirmam que as instituições “públicas não estatais”, por apresentar figura jurídica de caráter privado, não precisam prestar contas a órgãos de controle internos e externos, como a administração pública. As autoras retomam que esses órgãos de controle externo e interno da administração pública fazem parte do controle institucional do Estado, previstos nos artigos 70, 71 e 74, da Constituição Federal Brasileira. O controle externo cabe essencialmente ao Congresso Nacional, com o auxílio do Tribunal de Contas da União. O controle interno é realizado por uma unidade administrativa que integra a estrutura dos órgãos das esferas federal, estadual, distrital e municipal. No Poder Executivo Federal, o trabalho das unidades de controle interno é coordenado pela Controladoria Geral da União (CGU).

Além disso, a literatura traz o questionamento em relação ao princípio do controle social ou participação comunitária na gestão do SUS, o qual é desrespeitado pelos modelos privados de gestão (ANDREAZZI, 2013; CARDOSO, 2014; CORREIA, 2014; CORREIA; SANTOS, 2015; GOMES, 2014; PILOTTO, 2015; SÃO PAULO, 2010). O controle social, tal como é previsto na Lei nº 8.142/90, é substituído pelos conselhos de administração internos.

Segundo Pilotto (2015), a lei federal das OS estabeleceu proporções mínimas e máximas para cada segmento dentro dos Conselhos Administrativos: 20 a 40% de membros natos representantes do Poder Público; 20 a 30% de membros natos representantes de entidades da sociedade civil; até 10%, no caso de Organizações Sociais com caráter de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados; 10 a 30% de membros escolhidos pelos demais membros do Conselho; e até 10% de membros indicados ou eleitos em forma a ser estabelecida pelo estatuto da OS. Correia (2014) afirma que, no caso específico da Ebserh, está previsto um Conselho de Administração, com representação de apenas um trabalhador que não poderá participar das reuniões que forem tratados sobre as relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens [...] (art. 9º Reg. Int. Ebserh); e um Conselho Consultivo, com a representação de um usuário e um trabalhador (art. 16º Reg Int. Ebserh). Ainda em relação à Ebserh, a autora indica que a centralização da gestão da empresa com sede em Brasília expressa outra forma de perda de autonomia dos HUs. Todos os cargos do conselho administrativo são de livre nomeação por um comitê composto pela Ebserh e pelo superintendente, sendo que somente o superintendente será escolhido entre os docentes do quadro permanente da Universidade contratante.

Apesar dos exemplos das OS ou da Ebserh, essa lógica perpassa por todas as instituições “públicas” não estatais. Assim, um dos princípios instituídos na Constituição vem sendo descumprido escancaradamente.

Outra questão apresentada na literatura é em relação ao direito à informação. Há relatos de ser obstaculizado o acesso a informações por essas entidades privadas que se recusam a fornecer dados sobre a execução dos serviços, mesmo quando solicitado por instituições do controle social (BRAVO et al., 2015; GOMES, 2014). Isso fica explícito também no parecer do “Inquérito sobre a Remuneração dos Serviços Médico-Hospitalares”, da Assembléia Legislativa do estado de São Paulo, quando o documento afirma não ter acesso a diversas informações solicitadas (São Paulo, 2008).

Assim, pode-se afirmar que através, desses “novos modelos de gestão”, há rebaixamento da participação dos movimentos sociais, dos usuários e dos trabalhadores organizados, algo tão estimado e defendido na década de 1980 e pela RSB. Essa seria a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participaria do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local, o que é descartado totalmente nesse novo arranjo com as instituições “públicas não estatais”. Essas, além de não instituírem uma representação paritária, e não estar sob o controle interno e externo da administração pública,

como explicitado, não têm compromisso formal de nenhuma ordem com as decisões encaminhadas nas conferências de saúde, as quais acabam por definir prioridades e linhas gerais de ação que deveriam ser seguida pela administração direta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cotidianamente, nos jornais, escuta-se falar de medidas de austeridade fiscal em vários países do mundo, além de medidas para lidar com a crise do Estado, que vem desde a década de 1970 mais se intensifica após 2008 com nova crise econômica mundial. Grupos de economistas liberais e principais veículos da mídia vêm questionando o papel dos governos em garantir uma política na perspectiva do Estado Social, afirmando que a solução da depressão econômica deveria se fazer através do corte de gastos nos sistemas públicos de previdência, educação e saúde. Ao mesmo tempo, notícias indicam ampliação do desemprego em todo o mundo, com falas sobre arrocho salarial e a necessidade de contenção de gastos e redução de políticas sociais.

Enquanto profissional de saúde e trabalhadora do SUS questões de como isso teria impacto no cotidiano de trabalho e na relação de cuidado em saúde fez-se presente. Esse questionamento se fez em um movimento de sair do já conhecido campo de atuação na Atenção Básica e em serviços de Saúde Mental, para lançar um olhar para esse contexto de maneira mais ampliada, crítica e sob uma perspectiva histórica, a fim de que estes elementos subsidiassem as ações e a defesa de um sistema universal de saúde. Nesse sentido, interrogou-se: como estabelecer um diálogo com outras áreas de conhecimento, como as ciências sociais e economia, a fim de subsidiar análises no campo da Saúde Coletiva?

Com essa questão em mente, nessa dissertação de mestrado buscou-se compreender processos ligados ao sistema público de saúde no Brasil, particularmente a instituição e o funcionamento do SUS, com o objetivo de caracterizar a relação entre os setores públicos e privados nas políticas de saúde do país. Através de análise crítica de uma revisão bibliográfica nesse tema, esboçou-se parte da complexidade e do movimento contraditório, no qual se constituíram as políticas públicas de saúde nos últimos anos, na tentativa de qualificar esse redimensionamento entre os dois setores.

Para a condução da análise desses processos, vários caminhos poderiam ser trilhados. Na presente dissertação, fez-se a opção por lançar mão de subsídios de análise na perspectiva marxista, a partir da dialética de Marx, que discute a necessidade da busca pela representação ideal do movimento real do objeto. Entendeu-se que se deveria buscar compreender a existência objetiva do SUS e o entrelaçamento do setor público e do setor privado, em sua estrutura e dinâmica, de modo a operar a sua síntese. Considerou-se a realidade como uma unidade contraditória, impulsionada por suas contradições, em um processo evolucionário e revolucionário, de incessante transformação histórica.

Como esse referencial propõe, é preciso compreender que o fenômeno indica a essência e ao mesmo tempo a esconde, apresenta-a de modo parcial ou sob certos ângulos e aspectos, sendo a tarefa aprofundar a análise perante as diferenças e as semelhanças superficiais presentes nos fatos. Desse modo, considerou-se que as políticas sociais não podem ser analisadas somente a partir de sua expressão imediata como fato social isolado, mas devem ser situadas como expressão contraditória da realidade que é a unidade dialética do fenômeno e da essência (BOTTOMORE, 2001; MARX, 2014; NETTO, 2011).

Partiu-se, portanto, da leitura sobre a concepção de que a sociedade burguesa é uma totalidade concreta, de máxima complexidade, constituída por totalidades de menor complexidade as quais devem receber uma análise específica. Portanto, foram feitos dois movimentos: um de compreender aspectos gerais dos processos do capitalismo contemporâneo e como esse incidiu na instituição das políticas sociais; e outro tratando das particularidades do desenvolvimento do Brasil e aspectos nacionais propriamente dito.

Em relação ao primeiro movimento, acompanhou-se o debate das reformas mais gerais operadas sob a hegemonia do grande capital, particularmente o capital financeiro, e como isso atingiu as políticas sociais. Análise de trabalhos da área evidenciou que a necessidade histórica do modo de produção capitalista de avançar na direção do domínio sobre todos os campos da reprodução social, inclusive na área das políticas públicas de saúde, acabou por reduzir a mediação do Estado em níveis cada vez mais insignificantes, do ponto de vista dos interesses da coletividade.

Montaño (2002) auxiliou a pensar, a partir da concepção da totalidade dos processos sociais, alguns movimentos do projeto neoliberal de resposta à questão social, com um movimento de privatização, além da focalização e aumento da filantropização. Behring (2008), Behring e Boschetti (2011), Sampaio Jr. (1999, 2007, 2012), Mendes (2012), dentre outros autores aqui referenciados, debatem como esse processo, que incidia a nível internacional, se configurou aqui no Brasil, a partir de sua formação e correlação de forças aqui existentes. Não se entendeu ser possível, portanto, transpor análises ou processos de uma localidade a outra.

Isso levou à análise das particularidades do Brasil, tomando-se como base a leitura do capitalismo dependente de Florestan Fernandes. Tal opção se fez pois se considerou inevitável pensar a política pública de saúde inserida na forma de reprodução social aqui estabelecida, sendo necessário trabalhar aspectos da assistência em saúde articulada ao contexto em que se insere, abrangendo, além da dimensão política, bases econômicas/materiais do país e a constituição das classes sociais.

Esse autor pontua a posição heteronômica da economia do país, em sua estrutura e funcionamento, a qual permaneceu constante em diferentes momentos de sua formação, sendo que acabou configurando, historicamente, um caráter antisocial, antinacional e antidemocrático da burguesia local (FERNANDES, 1981, 2008). A partir dessa leitura, Fernandes indica que essa organização e formação econômica do país se manifesta em três realidades estruturais no Brasil: 1) concentração de renda, do prestígio social e do poder nos extratos estratégicos para o núcleo hegemônico de dominação externa; 2) co-existência de estruturas econômicas, socioculturais e políticas em diferentes “épocas históricas”, interdependentes e igualmente necessárias para a articulação e expansão de toda economia; 3) exclusão de ampla parcela da população nacional da ordem econômica, social e política, como um requisito estrutural e dinâmico da estabilidade e do crescimento de todo o sistema. É a partir desse cenário e dessa leitura que se tentou olhar para os processos aqui estabelecidos.

Apresentaram-se, então, alguns aspectos da história mais recente do país, articulando sínteses do contexto antes da elaboração da Constituição 1988; a implementação da contra-reforma do Estado e das políticas de liberalização para o mercado, a partir da década 1990; e, finalmente, discutiu-se como essa contra-reforma se fez após 2003, subsistindo entre a negação e o consentimento da liberalização do mercado.

Como indicado ao longo deste trabalho, foi estabelecida, na década de 1990, um “pacto de modernização” com mudanças na administração pública e com novas propostas gerenciais, processo esse articulado à liberalização comercial, às privatizações do parque industrial e ao programa de estabilização monetária (Plano Real). Autores críticos a esse processo o denominaram de contra-reforma do Estado brasileiro, afirmando ter se instaurado um redirecionamento das conquistas de 1988. Observou-se que, de diferentes formas, foram sendo retirados os fundamentos das políticas sociais (que atuavam como uma mediação entre capital/trabalho), havendo o predomínio da perspectiva de mercado, inclusive no setor saúde, sendo que as políticas sociais vieram a ser tratadas como demanda imediata, assistematicamente e de forma assistencialista, sem constituir a perspectiva de direito e garantia de permanência, além de ser um espaço do próprio capital se apropriar do fundo público.

Nessa discussão, não foi possível tratar de forma direta algumas categorias sínteses da perspectiva marxista, tais como trabalho, classes sociais, a forma de constituição do capital e seu processo contemporâneo de acumulação e valorização, além de fazer um aprofundamento da leitura sobre o Estado e sua configuração atual. Os trabalhos que partem desse referencial, os quais subsidiaram as análises desta dissertação de mestrado, remetem à

necessidade de aprofundar e ampliar esse olhar no debate das políticas sociais e política pública de saúde.

Fez-se o recorte, entretanto, para debater como foi sendo implementado o SUS de forma contraditória como política pública de saúde inscrita na perspectiva de uma política de caráter universal, paralelamente a subsídio direto ou indireto do setor privado da saúde no país. Abordou-se como é a relação do setor público e do setor privado, e como a ampliação do segundo se manifesta de diferentes formas: no financiamento das políticas de saúde; na provisão de serviços, incluindo os serviços gratuitos (estatais e complementares) e algumas questões do setor suplementar; e a transferência da gestão à orbita da iniciativas privadas, através dos “novos modelos de gestão” (exemplos: OS, Oscip, FEDP e Ebserh).

Em relação ao financiamento do sistema de saúde público e universal, verificou-se baixo investimento ao longo de todo o período, com corte de gastos para responder ao superávit primário e às metas de inflação, com uma articulação cada vez maior com o setor privado e o capital financeiro e internacional. Exemplos desse cenário é o Brasil, com um sistema de saúde pública que se propõe a ser universal, ter gasto privado maior que o gasto público em saúde; a aprovação da EC-29 sem estabelecimento de aplicação mínima da RCB por parte da União; busca de novas fontes de receita para a saúde paralelo à não instituição das diretrizes constitucionais e o conceito de Seguridade Social; a instituição do FSE, FEF e DRU como mecanismo de desvinculação de receita das contribuições sociais; priorização do pagamento da dívida externa, sendo amplamente maior que os gastos com a saúde; aprovação da Lei nº 13.097/2015 que permite atuação do capital estrangeiro na saúde, entre outros. Verificaram-se, também, fontes indiretas de recursos públicos ao setor privado, como as isenções fiscais, que ocupam parte imprescindível dessa complexa prática de favorecimento do setor privado da área da saúde.

Observou-se ampliação de oferta de serviços públicos, apesar de que essa se manteve com grande articulação e muitas vezes sob os critérios do setor privado, seja a partir das compras de serviços complementares, seja através dos “novos modelos de gestão”. A literatura mostrou dados que a atuação complementar de entidades privadas no SUS, prevista como exceção quando os serviços estatais fossem insuficientes para garantir a cobertura assistencial, foi se tornando a regra em certos setores. Constatou-se que, em 2010, apenas 6,4% dos SADT eram públicos; os ambulatórios especializados contavam com a oferta de apenas 10,7% dos serviços no setor estatal, além de os serviços hospitalares serem compostos apenas de 31,90% de serviços de administração direta.

Mesmo com a inscrição de caráter público e universal da saúde ter sido assegurado legalmente na Constituição Federal, trabalhos da área mostram fragilidade cada vez maior como política pública, com baixa oferta em alguns setores e longas filas de espera para atendimento.

Além disso, foi identificado crescimento do setor suplementar nesses últimos anos, com aumento de 43,32% de beneficiários nas assistências médicas com ou sem odontologia, na década de 2000. Constatou-se, também, que esse setor contou com grande subsídio estatal e isenção fiscal, além de frágil regulação através das agências reguladoras. A literatura da Saúde Coletiva afirma que a criação de cobertura duplicada (com oferta de serviços semelhantes na esfera pública e na esfera privada) leva à iniquidade na oferta, na utilização e no financiamento, com aprofundamento da segmentação da população numa sociedade que apresenta intensa concentração de renda e desigualdade social.

Já os “novos modelos de gestão”, entidades do setor privado denominadas “público não estatal” ou instituições ditas “estatais”, mas com personalidade jurídica de direito privado, acabam assumindo a gestão de serviços estatais. Apesar desse desenho institucional ter sido gestado no processo de “Reforma” do Estado, na década de 1990, esse tem sido reafirmado como uma das grandes resoluções dos problemas do SUS, inclusive na década de 2000, ganhando novas configurações. Apesar de questionamentos públicos dos movimentos sociais em cartas abertas, resoluções de Conferências de Saúde e inclusive através de Ação Direta de Inconstitucionalidade, esses foram sendo instituídos nesses últimos 28 anos.

As práticas, aqui denominadas genericamente de formas de privatização, são nada mais do que os meios, diretos e indiretos, através dos quais o capital privado busca inserir-se no campo da saúde. Assim, de maneira geral, pode-se afirmar que, nesses últimos anos, manteve-se a lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e a subordinação da política social à mesma, inclusive no Brasil. Não foi implementada e viabilizada a concepção de Seguridade Social defendida e proposta na década de 1980, além de que houve aumento da atuação do setor privado dentro e fora das políticas públicas de saúde. Apesar dos avanços nas experiências de controle social e participação popular, observou-se a não consideração de deliberações dos conselhos e conferências em muitos casos.

A intensa relação entre o setor público e privado e a dualidade de sistemas de saúde com a focalização de uma política que se propõe a ser universal, parece traduzir a particularidade do desenvolvimento do capitalismo no país, em sua forma limitada, restrita historicamente e incapaz, por isso, de gerar as mínimas conquistas sociais comprometidas junto à população.

Ao final desse exercício reflexivo e levantamento bibliográfico realizado, reforça-se a necessidade de se aprofundar a afirmação de Florestan Fernandes quando diz que, em sociedades que se estruturam a partir do capitalismo dependente, no momento em que não há ruptura definitiva das estruturas sociais instituídas, o “passado” acaba por se reapresentar na cena histórica e negar ou neutralizar ações sob perspectiva de reforma ou transformação social.

Reforçando a concepção de Fernandes (2008), conclui-se que mercados e economias capitalistas, construídos para serem operados como satélites, organizaram-se e evoluíram segundo regras e possibilidades do capitalismo dependente. Assim, o subdesenvolvimento não seria um estado produzido e mantido a partir de dentro, mas gerado, condicionado e regulado a partir de fora, por fatores estruturais e de conjuntura do mercado mundial. Mantém-se, assim, um caráter antisocial, antinacional e antidemocrático da burguesia nacional e a heteronomia do país. Paradoxalmente, o autor nos apresenta que a ruptura do subdesenvolvimento que se identifica com o capitalismo dependente só pode ser desencadeada em condições internas, a partir das ações e das políticas traçadas pelos de dentro. Com isso, interroga-se: como nós – os de dentro do país - podemos potencializar essas “rupturas” com o passado?

Dantas (2015) afirma que,

se as conquistas e as reformas no interior da ordem capitalista são necessárias e incontornáveis para qualquer estratégia da classe que venha a ser concebida, a surpresa com as oscilações próprias dos meios convencionais de expressão destas reformas e conquistas, no interior da mesma ordem capitalista, só pode se dar para os que depositam toda a energia e todas as fichas nesta luta parcial – tomada como a própria luta em sua essência (DANTAS, 2015 p. 30).

Fica claro o limite de se pensar na superação da segmentação e privatização do SUS sem articular um projeto de transformação social baseado na perspectiva de classe como era pensado nas décadas de 1970 e 1980. Após esse mergulho na revisão bibliográfica desenvolvida, levanta-se a hipótese da necessidade de investir grandes esforços para a análise dos processos, táticas e estratégias utilizadas nos últimos 30 anos, sem romantizar a questão democrática pós-Constituição de 1988, nem simplificar as análises em um âmbito descolado dos contextos em que estamos inseridos.

Como fazer análises das influências estruturais e dinâmicas da ordem social global sobre a absorção e expansão do capitalismo no Brasil com sua particularidade histórica?

Como pensar em políticas sociais universais, numa perspectiva de transformação social, num país politicamente “livre”, mas economicamente “dependente”? Como entender o drama crônico, apresentado por Florestan Fernandes, de subordinação da sociedade nacional aos países e capitais imperialistas, além da manutenção de regime de segregação social no plano interno, e pensá-los na atualidade?

Acredita-se que se está em um momento de se fazer balanços e buscar análise reflexiva dos processos que estão em cursos. Tomando uma das melodias de Belchior, ao mesmo tempo que há que se reconhecer que “quem nos deu a ideia de uma nova consciência e juventude, está em casa guardado por Deus, contando os seus metais”, não pode-se fazer análise de processos sociais que singularize ou individualize questões sociais. Tampouco se pode aproximar do “profeta do terror que a laranja mecânica anuncia”, com sua análise fatalista e que imobilize. Como o próprio cantor nos embalava, “amar e mudar as coisas” interessa mais, sendo que se deve “suportar o dia a dia”, na busca de “experiências com coisas reais”. Deve-se buscar uma transformação, numa perspectiva de maior igualdade social, de maneira concreta no cotidiano. Mas, como fazer uma análise crítica desses processos sem ter um tom derrotista e, ao mesmo tempo, sem vender ilusões?

Apesar de aparentemente duro em um primeiro momento, retoma-se aqui com carinho um poema de Bertold Brecht, **A troca da roda**. Diz ele,

Estou sentado no barranco da estrada.

O condutor trocando a roda.

Não gosto do lugar de onde vim.

Não gosto do lugar para onde vou.

Por que eu vejo a troca da roda

Com impaciência?

Refletindo sobre o que Brecht coloca, interroga-se: como olhar para o passado e para o futuro anunciado, os quais estão repletos de contradições e questionamentos para aqueles que têm perspectiva de maior igualdade social, sem ter pressa de caminhar, para que no curso dessa estrada seja possível aprofundar a leitura crítica e rever as estratégias antes anunciadas?

Termina-se esta dissertação com a sensação de ter avançado em muitos aspectos desde o início do percurso. Apesar disso, há também uma série de questões colocadas que se abriram e estão postas para serem aprofundadas. Dir-se-ia, portanto, que apesar de serem as “considerações finais dessa dissertação”, elas representam também o início de outros processos de investigação. Como dito anteriormente, sabe-se que esta não é uma tarefa de curto prazo e que se faça de maneira individual. Assim, algumas sínteses, que se fazem

necessárias, só serão possíveis de serem consolidadas de maneira coletiva e como tarefa de médio e longo prazo.

Enquanto isso, pode-se manter embalado por poemas, que também ajudam a iluminar as possibilidades e leitura da nossa realidade

QUANDO OS PACIENTES PERDEREM A PACIÊNCIA⁴⁷

(Lucas Bronzatto)

Ninguém mais vai morrer na porta dos hospitais
 Nenhum desrespeito será tolerado
 Não existirão mais farmácias privadas
 nem planos nem seguros
 pois será proibido pagar por saúde
 quando os pacientes perderem a paciência

O lucro não vai mais definir doenças
 e ninguém mais vai engolir junto com os comprimidos
 as péssimas condições de vida e trabalho
 porque não haverá mais opressores e oprimidos
 quando os pacientes perderem a paciência

Não existirão propagandas de remédios nem de alimentos
 Será tamanha a clareza do cidadão sobre seu corpo que
 a palavra prescrição será abolida do dicionário Todo e
 qualquer tratamento será decidido em conjunto quando
 os pacientes perderem a paciência

Muitos intelectuais ficarão sem chão
 ao verem que o problema central não era de administração
 que as grandes soluções não eram humanização, formação,
 avaliação, regulação, negociação
 Ficarà claro que o melhor dispositivo de gestão é a revolução
 quando os pacientes perderem a paciência

Todo contrato de trabalho será digno
 Fundações, O.S., EBSEH, serão apenas letras
 e palavras indecifráveis de papéis amarelados
 no museu de nosso passado precário
 quando os pacientes perderem a paciência

Não haverá mais abismos nem hierarquias
 nem gritos nem silêncios nem prisões nem indiferenças
 Os pacientes é que serão os deuses
 quando perderem a paciência

Quando os pacientes perderem a paciência

⁴⁷ Versão do poema de Mauro Iasi “Quando os Trabalhadores Perderem a Paciência”

numa reunião qualquer do centro comunitário do bairro
serão decididos os rumos da ciência

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABRASCO et al. **Nota: a PEC 451 viola o direito à saúde e promove a segmentação do SUS.** Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2015/03/nota-a-pec-451-viola-o-direito-a-saude-e-promove-a-segmentacao-do-sus/>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

AMADIGI, F. R. et al. A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o sus. v. 6, n. 4, p. 508–513, 2007.

ANDRADE, E. P. Gestão de terceiros. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Eds.). **Política e Gestão Pública em Saúde.** São Paulo: Hucitec Editora, p. 586–620, 2011.

ANDREAZZI, M. DE F. S. DE. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. **Rev. brasileira educação médica**, v. 37, n. 2, p. 275–284, 2013.

_____. Os planos de saúde e as ameaças ao sistema de saúde brasileiro na atualidade. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Eds.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização.** Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 53–60, 2014.

BAHIA, L. Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: notas sobre o objeto e procedimentos de estudo. **Cad. saúde colet., (Rio J.)**, v. 5, n. 2, p. 105–122, 1997.

_____. **O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro**, 2005.

_____. **A Démarche do privado e o público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008**, 2008.

_____. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTES, P. D. D. C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Cebes ed. Rio de Janeiro: 2011.

BALLAROTTI, B. **Percepção de Médicos da Estratégia de Saúde da Família do Município de São Paulo: o cotidiano do trabalho médico sob a gestão de organizações sociais.** [s.l.] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 2015.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** 2a Edição ed. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história.** 9a edição ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

BOITO JR., A.; BERRINGER, T. BRASIL: CLASSES SOCIAIS, NEODESENVOLVIMENTISMO E POLÍTICA EXTERNA NOS GOVERNOS LULA E DILMA. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 47, p. 31–38, 2013.

BORGES, F. T. **Desafios e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do Neoliberalismo.** [s.l.] Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita, Campus Araçatuba, 2012.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista.** Rio de Janeiro: Zahar Editor,

2001.

BRASIL, Ministério da Administração e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasil, 1995.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasil, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 699/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão**. Brasil, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Série A. N. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: 2015.

BRAVO, M. I. et al. O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a luta contra a mercantilização da vida. In: BRAVO, M. I. et al. (Eds.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1a Ed ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 105–114, 2015.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Exposição no Senado sobre a Reforma da administração pública** Cadernos MARE da Reforma do Estado. Brasília DF, 1997a.

_____. Estratégia e estrutura para um novo Estado. **Revista de Economia Política**, v. 17, n. 3, p. 24–38, 1997b.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Carta de Brasília**. Documento Final do 8o Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. **Anais**. Brasília DF: 2005

_____. **Projetos de Lei e Outras proposições: PLP1/2003**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=104342>>. Acesso em: 3 mar. 2016.

CAMPINAS. **Relatório da Comissão de Municipalização do Hospital Ouro Verde. Dados apresentados em novembro de 2012**. Campinas: 2012.

CAMPOS, G. W. DE S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. 2a edição ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997a.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Eds.). **Agir em saúde: Um desafio para o público**. 2a Edição ed. São Paulo:p. 229–266, 1997.

_____. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTES, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 271–279, 2011.

CARDOSO, A. M. **Organizações sociais na saúde: Rio Intransparente**. Dissertação de

mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2012.

CARDOSO, F. M. **A saúde entre os negócios e a questão social: privatização, modernização e segregação na ditadura civil-militar (1964-1985)**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2013.

CARDOSO, R. DE O. O Processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Eds.). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização**. 1a Ed ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 32–45, 2014.

CARVALHO, G. Avaliação do atual modelo de gestão pública do SUS quanto ao financiamento público na saúde. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTE, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 48–67, 2011.

CEBES. Política Pública de Saúde: qual o rumo? In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTE, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. 1a Ed ed. Rio de Janeiro: Cebes, p. 280–295, 2011a.

_____. Necessidade de reformar a estrutura administrativa do gerenciamento público dos estabelecimentos públicos de prestação de serviços de saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 296–300, 2011b.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma setorial do Estado brasileiro na década de 1990: eficiência e privatização? Um estudo num hospital público universitário. **Rev. adm. pública**, v. 37, n. 2, p. 313–333, 2003.

CISLAGHI, J. F. Retrocessos no Legislativo e Impactos para a Saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. et al. (Eds.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1a Ed ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 21–24, 2015.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTES, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 244–251, 2011.

COIMBRA, M. A. A Consolidação das Leis Sociais no Brasil. **Valor Econômico**, p. E2, 16 out. 2009.

CORDEIRO, H. D. A. et al. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTE, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 129–151, 2011.

CORREIA, M. V. EBSERH: Lutas e Resistências à lógica mercantil nas Universidades. In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. (Eds.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 32–45, 2014.

CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. DOS. Privatização da saúde via novos modelos de

gestão: as Organizações Sociais em questão. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Eds.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1a Ed ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 33–40, 2015.

COSTA, F. L. DA; PECCI, A. Desestatização como estratégia de reforma do Estado: análise preliminar da privatização no Brasil na Nova República. **Rev. adm. pública**, v. 33, n. 3, p. 191–205, 1999.

CUT. **Consolidação das leis sociais**. Disponível em: <<http://cut.org.br/noticias/consolidacao-das-leis-sociais-9e2a/>>. Acesso em: 3 mar. 2016.

DANTAS, A. Movimento Sanitário hoje: um debate estratégico. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Eds.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1a Ed ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 25–32, 2015.

DRUCK, G. A Precarização Social do Trabalho no Brasil: alguns indicadores. In: ANTUNES, R. (Ed.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

ENGELS, F. Carta a Conrado Schmidt em Berlin, Londres, 5 de Agosto de 1890. **Obras Escogidas**, [s.d.].

_____. Carta de F. Engels a Bloch, 21-22 set. 1890. In: MARX, K.; ENGELS, F. (Eds.). **Obras Escolhidas**. São Paulo: Alfa-Ômega 3, 1986.

ESCRIVÃO JR, Á.; KISHIMA, V. S. C. Panorama do Setor Suplementar de Saúde Brasileiro. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Eds.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, p. 102–125, 2011.

FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. Terceira e ed. Rio de Janeiro: 1981.

_____. O Estudo sociológico do subdesenvolvimento econômico. In: **Sociedade de Classes e subdesenvolvimento**. 5a edição ed. São Paulo: Global Editora, 2008.

FNCPS. **Manifesto de Repúdio à Proposta do Governo Federal de Subsidiar os Planos Privados de Saúde**. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/03/manifesto-de-repudio-proposta-do.html>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

_____. **A Saúde que Queremos**. Nota Política divulgada no Congresso da Abrasco/2013. Disponível em <http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/10/0766.html>. Acessado em 15 abr. 2016.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Fiesp e Ciesp rejeitam proposta de recriação da CPMF**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2010/11/826003-fiesp-e-ciesp-rejeitam-proposta-de-recriacao-da-cpmf.shtml>>. Acesso em: 8 fev. 2016.

_____. **Governo tenta retomar a CPMF desde 2007, ano em que foi extinta**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/08/1674822-governo-tenta-retomar-a-cpmf-desde-2007-ano-em-que-foi-extinta.shtml>>. Acesso em: 8 fev. 2016.

GOMES, G. F. A Inconstitucionalidade da Contrarreforma do SUS e de seus Modelos

Privados de Gestão. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Eds.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 1a Ed ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 25–31, 2014.

GONÇALVES, R. Novo Desenvolvimentismo e Liberalismo Enraizado. **Serv. Soc. Soc**, v. 112, p. 637–671, 2012.

HEIMANN, L. S. et al. A relação público-privada e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTE, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 208–219, 2011.

HOLANDA, N. **Aspectos políticos e econômicos das receitas e dos gastos públicos no Brasil**PEA. Texto para discussão n. 297. **Anais...** Serviço Editorial Brasília - DF, 1993

IASI, M. L. **As Metamorfoses da Consciência de Classe: o PT entre a negação e o consentimento**. 1a Ed ed. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

JOUVAL JR., H. E. Política e Estratégias Governamentais de Regulação. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTE, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 265–270, 2011.

LIMA, J. B. DE; BRAVO, M. I. O Percurso do Financiamento das Organizações Sociais no Município do Rio de Janeiro. In: BRAVO, M. I. et al. (Eds.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: p. 53–61, 2015.

MAARSE, H. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 5, p. 981–1014, 2006.

MARX, K. **Para a crítica da Economia Política; Salário Preço e Lucro; O rendimento e suas fontes: a economia vulgar**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

_____. **O 18 de Brumário de Luís Bonaparte**. 1a edição ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. **O Capital**. 2a edição ed. São Paulo: Boitempo, 2014.

MATTEI, L. **Gênese e agenda ao “Novo Desenvolvimentismo Brasileiro”** IV Encontro Internacional da Associação Keynesiana Brasileira. **Anais...**Rio de Janeiro: 2011

MENDES, Á. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

_____. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 66–81, 2015a.

_____. O Subfinanciamento e a Mercantilização do SUS no Contexto do Capitalismo Contemporâneo em Crise. In: BRAVO, M. I. et al. (Eds.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1a Ed ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 11–20, 2015b.

MENEZES, J. S. B. Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Eds.). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização**. Rio de Janeiro:

Rede Sirius, p. 7–19, 2014.

MENEZES, J. S. B. et al. O controle social na saúde no município do Rio de Janeiro: a resistência às organizações sociais (OS). In: BRAVO, M. I. et al. (Eds.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 78–87, 2015.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTES, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 180–197, 2011.

MINTO, L. W. **O Público e o Privado nas Reformas do Ensino Superior Brasileiro: do golpe de 1964 aos anos 90**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 2005.

MONTAÑO, C. E. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do terceiro setor. **Revista Lutas Sociais**, v. 8, 2002.

MORAES, M. Consolidação das Leis Sociais fica para Dilma. **O Estadão**, 28 nov. 2010 acessado em: 8 fev. 2016.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**, 2011.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. 5a edição ed. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTE, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 24–47, 2011.

NORONHA, J. C.; SANTOS, I. S.; PEREIRA, T. R. Relações entre o SUS e a saúde Suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTE, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 152–179, 2011.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o desafio de ser único. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTES, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 101–114, 2011.

OCKÉ-REIS, C. O.; SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. **Saúde debate**, v. 33, n. 81, p. 72–79, 2009.

OECD. **OECD Health Statistics 2016**. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>>. Acesso em: 27 set. 2016.

OLIVEIRA, J. A. DE A.; FLEURY, S. **Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**, 1986.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. Série Bras, p. 11–31, 2011.

- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2007.
- PILOTTO, B. S. **Gestão de Saúde por Organizações Sociais no Estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 2015.
- PÓ, M. V. Institucionalidade e Desafios da Regulação na Área da Saúde no Brasil. In: SANTOS, N. R.; AMARANTES, P. D. DE C. (Eds.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, p. 220–243, 2011.
- SAMPAIO JR., P. DE A. **Entre a nação e a barbárie: os dilemas do capitalismo dependente em Caio Prado, Florestan Fernandes e Celso Furtado.** Editora Vozes, 1999.
- _____. Globalização e reversão neocolonial: o impasse brasileiro. **VÁSQUEZ, Guillermo H. Filosofia y teorías políticas ...**, 2007.
- _____. Metástase da crise e aprofundamento da reversão neocolonial. **Crítica e Sociedade: revista de cultura política**, v. 1, n. 3, p. 85–95, 2011.
- _____. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: **Serv. Soc. Soc**, v. 112, p. 672–688, 2012.
- SANTOS, N. R. DOS. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2009–2018, 2008.
- _____. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273–280, 2013.
- SÃO PAULO. **Ofício RMS 021/2008.** São Paulo: 2008
- _____. **Comparação de Hospitais Estaduais Paulistas: estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde.** São Paulo: 2010.
- SENADO FEDERAL. **Substitutivo da Câmara dos Deputados nº 121, de 2007, ao Projeto De Lei do Senado nº 121, de 2007 (complementar) - (EMENDA 29).** Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/102551>>. Acesso em: 3 mar. 2016.
- SILVA, H. P.; VIANA, A. L. D. O financiamento do Sistema de Saúde no Brasil, gastos em saúde e as modalidades para a sua racionalização. In: IBÁÑES, N. E.; SEIXAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Eds.). **Política e Gestão Pública em Saúde.** São Paulo: p. 179–203, 2011.
- SILVA, L. F. **STF autoriza a privatização de serviços públicos**, 2016. Disponível em: <http://www.slpgadogados.adv.br/noticias/stf-autoriza-privatizacao-de-servicos-publicos>. Acessado em: 10 mar. 2016.
- SILVA, L. I. L. DA. **Carta ao povo brasileiro.** Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo - Partido dos Trabalhadores. **Anais...**São Paulo: 2002.
- SINGER, A. **Os Sentidos do Lulismo: reforma gradual e pacto conservador.** São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Capitalismo e Estado Social: qual o sentido do SUS? A doença holandesa da política social brasileira. **Plataforma Política Social**, v. Caderno 4, 2013.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 40, n. 109, p. 187–199, 2016.

WERNECK, H. F. **Divididos regulamos? Ajuste fiscal e os determinantes políticos do desenho institucional das agências reguladoras nos estados**. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), 2006.

ANEXO

Apresentação dos presidentes do Brasil, a partir da redemocratização do país e ministros da saúde de cada governo

PRESIDENTE	INÍCIO DO MANDATO	FIM DO MANDATO	PARTIDO POLÍTICO	MINISTRO DA SAÚDE	INÍCIO DO MANDATO	FIM DO MANDATO
Fernando Collor	15 de março de 1990	29 de dezembro de 1992	Partido da Reconstrução Nacional PRN	Alceni Guerra	15 de março de 1990	23 de janeiro de 1992
				José Goldemberg	24 de janeiro de 1992	12 de fevereiro de 1992
				Adib Jatene	12 de fevereiro de 1992	2 de outubro de 1992
				Jamil Haddad	8 de outubro de 1992	29 de dezembro de 1992
Itamar Franco	29 de dezembro de 1992	1 de janeiro de 1995	Partido do Movimento Democrático Brasileiro PMDB	Jamil Haddad	29 de dezembro de 1992	18 de agosto de 1993
				Saulo Moreira	19 de agosto de 1993	30 de agosto de 1993
				Henrique Santillo	30 de agosto de 1993	1 de janeiro de 1995
Fernando Henrique Cardoso	1 de janeiro de 1995	1 de janeiro de 2003	Partido da Social Democracia Brasileira PSDB	Adib Jatene	1 de janeiro de 1995	6 de novembro de 1996
				José Carlos Seixas	6 de novembro de 1996	13 de dezembro de 1996
				Carlos Albuquerque	13 de dezembro de 1996	31 de março de 1998
				José Serra	31 de março de 1998	20 de fevereiro de 2002
				Barjas Negri	21 de fevereiro de 2002	1 de janeiro de 2003
Luiz Inácio Lula da Silva	1 de janeiro de 2003	1 de janeiro de 2011	Partido dos Trabalhadores PT	Humberto Costa	1 de janeiro de 2003	8 de julho de 2005
				José Saraiva Felipe	8 de julho de 2005	31 de março de 2006
				Agenor Álvares	31 de março de 2006	16 de março de 2007
				José Gomes Temporão	16 de março de 2007	31 de dezembro de 2010
Dilma Rousseff	1 de janeiro de 2011	31 de agosto de 2016	Partido dos Trabalhadores PT	Alexandre Padilha	1 de janeiro de 2011	2 de fevereiro de 2014
				Arthur Chioro	3 de fevereiro de 2014	2 de outubro de 2015
				Marcelo Castro	2 de outubro de 2015	27 de abril de 2016
				Agenor Álvares	27 de abril de 2015	12 de maio de 2016