Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Danielle Furtado de Oliveira

Um olhar diverso sobre o inverso do reverso na Política Nacional de Saúde nos governos Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff: elementos para uma análise alternativa

Rio de Janeiro

2018

Danielle Furtado de Oliveira

Um olhar diverso sobre o inverso do reverso na Política Nacional de Saúde nos governos Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff: elementos para uma análise alternativa

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

O48u Oliveira, Danielle Furtado de
Um olhar diverso sobre o inverso do reverso na Política Nacional de Saúde nos governos Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff: elementos para uma análise alternativa / Daniella Furtado de Oliveira. – 2018.
264 f.

Orientador: George Edward Machado Kornis

Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Política de saúde – Teses. 2. Políticas públicas de saúde – Teses. 3. Sistema Único de Saúde – Teses. 4. Conflito de interesses – Teses. Política – Teses. 5. Setor público – Teses. 6. Setor privado – Teses. 7. Pesquisa qualitativa – Teses. I. Kornis, George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Danielle Furtado de Oliveira

Um olhar diverso sobre o inverso do reverso na Política Nacional de Saúde nos governos Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff: elementos para uma análise alternativa

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 28 de Março de 2018.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof. Dr. Cid Manso
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Profª Dra. Sulamis Dain
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof. Dr. João Boaventura Branco de Matos
Escola Superior de Propaganda e Marketing

_____

Prof. Dr. Fatima Andreazzy
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese de Doutorado aos meus filhos Maria de Fátima e Luiz Miguel como exemplo de determinação e fé na busca pela concretização de um sonho. Desde criança sonhei em ser uma pesquisadora, uma produtora de conhecimento, à despeito das pequenas probabilidades que eu tinha de realizar este sonho, me vesti de coragem e humildade...me esforcei e venci!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me guiado e me apoiado por todas as escolhas que fiz e por tudo que vivi nessa trajetória. Agradeço também meu amigo e esposo Ale que esteve ao meu lado durante toda minha jornada acadêmica suportando muitas horas de ausência por conta desta empreitada pessoal. Agradeço também a paciência dos meus filhos que tiveram que dividir meu tempo em casa com meus intermináveis estudos. Agradeço minha mãe pelo grande suporte, mesmo sem ver sentido nesta minha busca apaixonada pelo conhecimento. Agradeço também ao meu pai que mesmo alheio à este universo acadêmico que escolhi contribuiu significamente me deixando de herança genética um bom QI. Risos. Agradeço também meus irmãos e cunhadas pelo apoio emocional. Agradeço ainda aos meus amigos que ficaram sem minha presença por vários anos e mesmo assim persistiram me amando. Risos. Em especial, agradeço a minha eterna chefe Ivanise Arouche pelo apoio e carinho de sempre. Agradeço ainda pelo apoio os meus colegas de trabalho do IMASJM: Fernanda, Sylvia Gonçalves, Rose , Elisabeth, Ana Cristina, Claudia, Aldine e Marcio Pinto.

Muito emocionada, agradeço também ao meu orientador George Kornis, tão querido e tão amado. Com este homem aprendi a cozinhar, a compreender arte brasileira, a ler e sobretudo a pensar. Aprendi também sobre o mundo, sobre ciência, sobre política, sobre economia, sobre linguas, sobre cavalos e principalmente, sobre a vida. Muito mais do que um orientador, Kornis foi um amigo, um pai, um exemplo a ser seguido. Sua liberdade, autonomia e perspicácia intelectual me encantaram desde o primeiro contato. Sempre fui sua fã e agora seguirei como sua “discípula”.

Agradeço muitíssimo também ao João Matos, meu “co-orientador”, pela gentileza e pelos seus bons direcionamentos. Tenho orgulho de ter contado com a sua inteligência e sua experiência na produção deste trabalho. Filhos da mesma árvore, espero que no futuro próximo possamos produzir mais juntos.

Agradeço os membros da minha banca de qualificação e de defesa de doutorado: Eduardo Levcovitz, Fatima Andreazzy, Cid Manso, Dércio Santiago, Maria Lúcia Werneck, vossas críticas contribuiram para solidificação desta linha de raciocínio. Agradeço ainda meus amigos do doutorado, Jorge Matias, Christiane Texeira, Rafael, Aisllan. Agradeço também ao grupo de pesquisa SSEM pelos fecundos debates. Agradeço aos professores do IMS que contribuiram para minha formação. Em especial, agradeço a professora Sulamis Dain por toda troca de conhecimento e pelo exemplo que sempre representou para mim. Agradeço ainda ao

estimado professor Paulo Henrique Rodrigues cujas contribuições foram muito valiosas para meu crescimento intelectual.

Por fim, termino este agradecimento me sentindo honrada em me tornar a primeira doutora de toda minha família paterna e materna. Então, sigo na certeza de que o meu esforço já valeu a pena só por isso. Muitos doutores Oliveiras e Furtados virão por aí.

Porque é possível!

QUE PAÍS É ESSE?

Nas favelas, no Senado
Sujeira pra todo lado
Ninguém respeita a Constituição
Mas todos acreditam no futuro da nação
Que país é esse?
No Amazonas, no Araguaia
Na baixada fluminense
Mato Grosso, Minas Gerais
E no Nordeste tudo em paz
Na morte eu descanso
Mas o sangue anda solto
Manchando os papéis
Documentos fiéis
Ao descanso do patrão
Que país é esse?
Terceiro mundo se for
Piada no exterior
Mas o Brasil vai ficar rico
Vamos faturar um milhão
Quando vendermos todas as almas
Dos nossos índios num leilão
Que país é esse?

Renato Russo, 1990

RESUMO

FURTADO-OLIVEIRA, Danielle. **Um olhar diverso sobre o inverso do reverso na Política Nacional de Saúde nos governos Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff:** elementos para uma análise alternativa. 2018. 264f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A presente tese de doutoramento realiza um exame do desenvolvimento da política dual de saúde no Brasil frente ao reverso do interesse comum ao longo dos governos nacionais dirigidos pelo presidente Luíz Inácio "Lula" da Silva e pela presidenta Dilma Rousseff. Analisa ainda o transcurso da relação público-privada nos sucessivos governos petistas à luz da trajetória dependente da política de saúde, do neoinstitucionalismo e do bem-estar comum. Trata-se, então, de um estudo de caso descritivo-exploratório de natureza qualitativa que foi realizado por meio de uma revisão de literatura onde foram utilizadas as técnicas de análise documental e bibliográfica centrada na metodologia de análise de ciclos políticos de Ball. Buscou-se com este método verificar se a condução da política foi direcionada pelo interesse comum de todos os brasileiros ou esteve subjugada aos interesses públicos estatais e/ou aos interesses privados. Uma das conclusões obtidas por este trabalho foi de que a saúde permaneceu sendo tratada como política de governo em detrimento do papel de política de Estado, instituído pela Constituição de 1988, que deveria ter. Consequentemente, sendo tratada como um negócio com a corriqueira flexibilização do SUS constitucional determinada majoritariamente pelas relações existentes entre os interesses públicos estatais e os interesses privados via legislativo e executivo. O que em última instância parece ter assujeitado o interesse comum de todos aos interesses de alguns grupos de poder configurando assim o reverso do comum. Outra conclusão tirada a partir desta tese, foi de que a dualidade da política de saúde nacional tem sido reforçada constantemente pela própria dependência de trajetória instituída pelo marco Constitucional e pelo neoinstitucionalismo.

Palavras-chave: Política Nacional de saúde. Bem Estar-Comum. Interesse Comum. Interesse Público. Interesse Privado. Path Dependence. Neoinstitucionalismo. Campo da Saúde.

ABSTRACT

FURTADO-OLIVEIRA, Danielle. **A diverse view on the reverse of the reverse in the National Health Policy in the governments Luiz Inácio Lula da Silva and Dilma Rousseff:** elements for an alternative analysis. **2018.** 264f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This doctoral thesis examines the development of the dual health policy in Brazil in the face of the reverse of common interest throughout the national governments led by President Luíz Inácio Lula da Silva and President Dilma Rousseff. It also analyzes the course of the public-private relationship in the successive PT governments in the light of the trajectory dependent on health policy, neoinstitutionalism and common welfare. It is, therefore, a descriptive-exploratory case study of a qualitative nature that was carried out through a literature review where the techniques of documentary and bibliographic analysis centered on Ball's political cycle analysis methodology were used. This method was sought to verify whether the conduct of the policy was directed by the common interest of all Brazilians or was subjugated to the state public interests and / or private interests. One of the conclusions obtained by this work was that health remained treated as a government policy to the detriment of the role of State policy, instituted by the 1988 Constitution, which it should have. Consequently, it is treated as a business with the common flexibilization of the constitutional SUS determined mainly by the existing relations between the public interests of the state and the private interests via legislative and executive. What ultimately seems to have asujeitado the common interest of all to the interests of some groups of power thus configuring the reverse of the common. Another conclusion drawn from this thesis was that the duality of national health policy has been constantly reinforced by the very dependence of the trajectory established by the Constitutional framework and the neoinstitutionalism.

Keywords: National health policy. Well-Common. Common Interest. Public interest. Private Interest. Path Dependence. Neo-institutionalism. Field of Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Conformação da Política Dual de Saúde..... 39

Figura 2 – Diagrama das relações do Campo da Saúde no Brasil..... 60

Figura 3 – O campo da Saúde e a configuração do Interesse Comum..... 65

Figura 4 – Rede de Influências da Política Dual de Saúde no Brasil..... 75

Figura 5 – Escopo da Política Regulatória..... 107

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pertinência do Campo da Saúde na composição das Leis Complementares..... 128
Gráfico 2 – Gastos Público e Privados na Saúde no brasil no ano de 2015..... 185
Gráfico 3 – Composição do Gasto Público pelos Entes Federados..... 186
Gráfico 4 – Evolução dos Gastos Públicos per capta no período de 2003-2015... 187
Gráfico 5 – Taxa de Crescimento do PIB e o Gasto Federal em Saúde..... 188
Gráfico 6 – Distribuição do Orçamento da Saúde por anos e por governos..... 189
Gráfico 7 – Admimistração de Recursos; Despesas Empenhadas versus Despesas Pagas..... 190
Gráfico 8 – Evolução do Superávit Primário..... 191
Gráfico 9 – Receita versus Despesas na Saúde suplementar..... 196
Gráfico 10 – Evolução de Renúncias no período 2009-2015..... 208
Gráfico 11 – Projeções para Orçamento frente à Lei do Teto e à Emenda Constitucional 86..... 210
Gráfico 12 – Os Planos Privados por Tipos de Contratação..... 214
Gráfico 13 – Taxa de Cobertura dos Planos de Assistência Médica..... 215
Gráfico 14 – Operadoras de Planos Privasdos em atividade..... 219
Gráfico 15 – Distribuição dos Beneficiários de Planos Privados de Assistência Médica entre as operadoras..... 220
Gráfico 16 – Distribuição dos Beneficiários de Planos Privados Exclusivamente Odontológicos..... 224

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Ministros dos Governos Lula e Dilma Roussef..... 96

Quadro 2 – Normativo do Campo da Saúde Suplementar..... 166

Quadro 3 – Alterações da Lei 8080/90..... 271

Quadro 4 – Emendas Constitucionais de influência no campo da saúde..... 274

Quadro 5 – Universo das medidas provisórias no país e sua incidência no campo da saúde..... 276

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Liquidações Extrajudiciais Decretada..... .173

Tabela 2 – Orçamento Previsto versus Gasto Total..... 190

Tabela 3 – Série Histórica de Participação Percentual dos Gastos na Saúde no Brasil.. 202

Tabela 4 – Série Histórica da Proporção dos Gastos do Ministério da Saúde..... 205

Tabela 5 - Série Histórica do PIB e dos Gastos em Saúde..... 204

Tabela 6 – Série Histórica da Distribuição do Gasto Tributário..... 205

Tabela 7 – Série Histórica do Crscimento Real dos Gastos Tributários..... 206

Tabela 8 – Série Histórica da Distribuição segundo os Gastos Tributários..... 207

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABres	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AF	Assistência Farmacêutica
ABH	Associação Brasileira de Hospitais
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AMB	Associação Médica Brasileira
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
BIREME/BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF88	Constituição Federal de 88
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CEIS	Complexo Econômico e Industrial da Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DeCS	Descritores
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde
DGITS	Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FENAESS	Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde

FHC	Fernando Henrique Cardoso
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FMI	Fundo Monetário Internacional
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
GM/MS	Gabinete do Ministro
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRPF	Imposto de Renda das Pessoas Físicas
IRPJ	Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas
IRD	Imposto de Renda Devido
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
INs	Instruções Normativas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PASEP	Contribuição para a Formação do Patrimônio do Servidor Público
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PDC	Partido Democrata Cristão
PDS	Partido Democrático Social
PDT	Partido Democrático Trabalhista
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares

PFL	Partido da Frente Liberal
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PL	Partido Liberal
PAP	Plano de Ação para a Previdência Social
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PROCON	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
PLOA	Projeto de Lei orçamentária Anual
PSB	Proteção Social Básica
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSDB	Partido Social Democracia Brasileiro
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido dos Trabalhadores do Brasil
RCL	Receita Corrente Líquida
RFB	Receita Federal do Brasil
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RNs	Resoluções Normativas
SS	Saúde Suplementar
SSEM	Saúde, Sociedade, Estado, Mercado: Estudos Socioeconômicos em Saúde Coletiva.
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Informações de Saúde Tabuladas
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UTI	Unidade De Tratamento Intensivo
WB	*World Bank*

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	19
1	**REFERENCIAL TEÓRICO**.....	32
1.1	**Bem-Estar Comum**	35
1.2	**Neoinstitucionalismo**	39
1.3	**O conceito de *Path Dependence* (dependência da trajetória)**.....	46
1.4	**O Conceito de Campo**.....	56
2	**MATERIAL E MÉTODOS**.....	66
3	**O CONTEXTO DA INFLUÊNCIA NA CONDUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE (2003-2015):**.....	74
3.1	**O Congresso Constituinte: O campo de batalha da Nova República**.....	77
3.2	**A influência do Neoliberalismo na composição do campo da saúde pós-constituição**.....	85
3.3	**A relação público-privada no campo da saúde: a supremacia dos interesses privados e particulares?**.....	91
3.4	**Jogos de poder e influência no Campo da Saúde: da criação da ANS aos governos PT**.....	95
3.5	**As disputas no interior do campo da saúde suplementar**.....	103
3.6	**A influência nefasta do financiamento de campanha política e corrupção no campo da saúde: Um ataque ao Bem-estar Comum**.....	107
4	**O CONTEXTO DA PRODUÇÃO DE TEXTO NA CONDUÇÃO NORMATIVA DA POLÍTICA DE SAÚDE (2003-2015)**.....	115
4.1	**A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS): O Texto Constitucional, a Lei Orgânica e suas alterações**.....	121
4.2	**A normatização do Executivo: as Portarias que regulamentaram o Campo da Saúde nos Governos Lula e Dilma, 2003 – 2015**.....	142
4.3	**A Peleja Legal do Financiamento da Saúde no Brasil: Um *CASE* de desvirtuamento da busca pelo bem-estar comum**.....	152
4.4	**Configuração Normativa do Quadro Regulatório da Política de Saúde no Brasil nos Governos Lula e Dilma: Um exemplo de desvirtuamento da**	

Relação Público-Privada no Campo da Saúde..... 165
4.5 **A importância do contexto da produção de texto na formatação do contexto da prática da política dual de saúde**..... 176
5. **O CONTEXTO DA PRÁTICA: A MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DUAL DE SAÚDE E A DETURPAÇÃO DO INTERESSE COMUM**..... 180
5.1 **Os gastos com saúde no Brasil**..... 184
5.2 **A regulação da Saúde Suplementar**..... 214
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 229
REFERÊNCIAS..... 241
ANEXO A – Alterações da Lei 8080/90..... 259
ANEXO B – Emendas Constitucionais..... 262
ANEXO C – Medidas Provisórias..... 264

INTRODUÇÃO

"A força da alienação vem dessa fragilidade dos indivíduos, quando apenas conseguem identificar o que os separa e não o que os une".

Milton Santos

Esta tese de doutoramento aborda como objeto de estudo o exame do desenvolvimento da política dual de saúde no Brasil frente ao inverso do reverso do interesse comum ao longo dos governos nacionais dirigidos pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva e pela presidenta Dilma Rousseff. E analisa como transcorreu a relação público-privada nos sucessivos governos petistas à luz da trajetória dependente da política de saúde, do neoinstitucionalismo e do bem-estar comum.

A proposta desta tese é demonstrar a partir da análise da norma legal e da configuração do campo da saúde que a saúde permaneceu sendo tratada como política de governo, no período avaliado, em detrimento do papel de política de Estado, instituído pela Constituição de 1988, que deveria ter. Outra hipotese que será defendida por esta tese é de que a saúde permanece sendo tratada como um negócio com a corriqueira distorção da Política Nacional de Saúde constitucional, determinada majoritariamente pelas influências dos interesses públicos estatais e dos interesses privados via legislativo e executivo. Fato que causa uma transversalidade política no executivo com impactos diretos e indiretos na condução da política dual de saúde no Brasil. O que em última instância parece ter assujeitado o interesse comum de todos os brasileiros e do Brasil, aos interesses de alguns grupos de poder, tais como os interesses privados (incluso os partidários) e os interesses públicos estatais, configurando assim o inverso do reverso do comum nos controversos governos PTs/coligações[1].

Para tratar destas questões foi necessário compreender o pano de fundo constituído pelo panorama histórico (político-econômico), interno e externo, que influenciou o campo da saúde ao longo do desenvolvimento da política dual. Nesse caminho, foi imprescindível lançar luz na conjuntura que se estabeleceu a Política Nacional de Saúde (PNS) no interím dos governos petistas, e focar nas implicações estruturais que levaram o SUS a perder vez e voz

[1] Essa teoria encontra-se fundamentada ao longo desta tese.

para a saúde suplementar; a despeito do movimento de integração eficiente pressuposto pela busca do bem estar comum que a política dual deveria ter.

Neste sentido, essa empreitada exigiu a produção de outro olhar sobre a política nacional de saúde que abarcasse o todo a fim de mirar na parte. Assim, partiu-se da premissa que o estudo analítico das relações do Estado brasileiro com o mercado no campo da saúde poderia levar a compreensão das facetas que interferiam diretamente no setor saúde e propicionar o desdobramento dos pontos nevrálgicos levantados pela análise sintética do objeto de pesquisa.

Como diria Bobbio (1987, p.11) para compreender uma questão em seu âmago, "é preciso estudar, relacionar os problemas do presente aos do passado, fazer da política um objeto de análise racional e não apenas uma ocasião de desabafos passionais, de projetos fantasiosos, de controvérsias desprovidas de finalidade e/ou infecundas".

Na verdade, este projeto deriva das reflexões e conclusões obtidas durante a realização da dissertação de mestrado da autora. Onde a produção e a defesa da dissertação com enfoque na avaliação do desempenho dos dois sistemas de saúde; o público e o privado instigou a necessidade e o desejo de se ampliar a escala de investigação e análise das relações entre eles. Trata-se, portanto, da continuidade de uma pesquisa científica centrada nas relações entre o público e privado no âmbito da saúde que a autora vem realizando junto com seu orientador na linha de pesquisa Relações Público-Privada em Saúde do grupo de pesquisa do IMS/UERJ: Saúde, Sociedade, Estado, Mercado: estudos socioeconômicos em saúde coletiva (SSEM) e que já gerou alguns artigos.

Neste processo investigativo, percebeu-se na literatura levantada que a maior parte das análises políticas inferidas a Política Nacional de Saúde se debruça sob a lógica de que possuímos no Brasil um sistema universal e único de saúde e que cabe a saúde privada o papel de pedra no sapato. Justamente, por conta desta constatação, interessou para a autora percorrer um caminho alternativo de análise construído principalmente à luz da teoria da *path dependence*, do neoinstitucionalismo e da lógica do interesse comum da multidão afim de compreender os meandros do desenvolvimento da política dual de saúde.

Nessa direção, uma das hipóteses levantada por este estudo diz respeito à influência "duvidosa" do legislativo e do executivo na dinâmica do campo de saúde. Assim, acreditamos que tanto o SUS quanto a Saúde Suplementar tenha sido gerido a base de ações tendenciosas tanto do legislativo quanto do executivo; condição que teria se agravado no lulopetismo[2]

[2] Para Bastos (2012), Lula corporificou o desejo real de mudança. Visto como "herói da classe operária", e o "operário salvador", elegeu-se prometendo a mudança, e no governo praticou o continuísmo; é um neoliberal-

graças à institucionalização do presidencialismo de coalização, vulgo balcão de negócios, que em última instância comprometeu a busca pelo bem estar comum no campo da saúde.

Outra hipótese abarcada por esta pesquisa diz respeito ao desvirtuamento das regras do jogo democrático (Bobbio, 2001) e ao transformismo político (Gramsci, 2006), que submete a política de Estado do SUS à enxertia de um grande número de emendas constitucionais, medidas provisórias, decretos, leis ordinárias e complementares que tendem a alterar o texto constitucional de acordo com os interesses particulares/privados. Sendo assim, acredita-se que estes instrumentos legais possam estar sendo utilizados de acordo com os verdadeiros interesses para qual o executivo e o legislativo advogam, mantendo viva a prática do clientelismo político brasileiro (NUNES, 2010).

Então, faz-se importante lembrar que o tipo de relação público-privada que temos hoje na saúde, onde a saúde privada é claramente fomentada pelo governo (Ocké-Reis, 2012; Bahia, 2010), é anterior ao marco legal da Constituição de 88, porém tem sido moldada ao longo desses 28 anos pela estreita relação que o setor privado estabeleceu com os diversos governos democráticos que se sucederam até os dias atuais. Desta maneira, a partir da apropriação e análise dos instrumentos legais acreditamos que existe um movimento no legislativo e no executivo que tende assegurar o crescimento da saúde privada no país. Seja por conta da relação de dependência que os políticos estabelecem com seus financiadores de campanha ou pelo direcionamento neoliberal mundial que desconsidera o SUS como um direto.

Em relação ao financiamento privado das campanhas existe uma discussão norteada por autores como Bahia, Avritzer, Filgueiras, Fisher, Caetano, Comparato, Reis, Bezerra, Nobre, que defende que este tipo de financiamento é prejudicial à manutenção do *status quo* do Regime Democrático de Direitos brasileiro. Para eles, este tipo de financiamento acaba por instituir uma relação profunda de dependência dos políticos a sua "base financiadora", deturpando o conceito de elegibilidade em nome das bases, o que em última instância estabelece um direcionamento do papel dos parlamentares em favor do capital econômico e não em favor do bem estar comum da totalidade dos eleitores, gerando deste modo uma crise de representatividade.

O fato é que parece que o sistema político brasileiro tem sido também submetido a permanente interferência do poder econômico. E este movimento tem colidido com o

---

populista. Transformou-se no porta-voz da indignação do povo, captando os votos da insatisfação, da revolta, do ressentimento e da insurreição. Arrebatou a crença no Partido dos Trabalhadores para si e deu origem assim ao Lulopetismo; a fé cega em um homem que parecia estar à altura de materializar o sonho da esquerda brasileira, um Brasil mais justo.

aprofundamento da democracia e fortalecimento do SUS, onde devem prevalecer valores como a liberdade, a igualdade e a solidariedade. Segundo Rousseau (1983), o maior de todos os bens, e finalidade profícua de todas as legislações, resume-se a liberdade e igualdade. Bobbio (1987) declara ainda que "liberdade e igualdade são os valores indispensáveis à democracia", que por sua vez é sustentada pela solidariedade conforme Tilly (2013).

Todavia, na contramão, o que se percebeu durante a produção desta tese é que no Brasil do PT - coligações, o processo de democratização participativa não parece ter abolido as práticas clientelistas do passado a partir da instauração do Estado Burocrático. O que tudo indica é que o país não foi capaz de evitar que, por meio de mecanismos formais e informais de influência, a politica fosse capturada pelo poder econômico via elitismo e com isso comprometesse o interesse comum dos brasileiros em gozar de boa saúde. O que tudo indica é que esse quadro se agudizou nos últimos anos e gerou uma crise de representatividade e de solidariedade no Brasil atual que tem colocado não só a nossa democracia como também o SUS em cheque.

Nesse sentido, o financiamento privado de campanhas eleitorais parece ter sido, até então, o principal instrumento formal para a polarização do governo pelo mercado. Evidentemente, os maiores doadores poderiam interferir de modo muito mais incisivo no processo de tomada das decisões públicas do que o cidadão comum. Deste modo, grandes empresas poderiam fazer com que sua agenda de interesses prevalecesse no parlamento através da cooptação política. Sob esta lógica, parlamentar que obtevesse esse tipo de financiamento, como já mencionado, tenderia a se converter em um verdadeiro representante dos interesses dos financiadores junto ao Legislativo e, muitas vezes, no próprio Executivo, tornando-se inclusive um agenciador de cargos comissionados, por exemplo.

Outro mecanismo de polarização do governo pelo mercado considerado por este estudo foi o presidencialismo de coalizão, que apesar de ter sido considerado por Abranches (1988) como uma saída para dar conta do impasse travado pela constituinte e impresso na constituição de 88 onde o “corpo do texto segundo Nobre (2013, p.34) era parlamentarista e a cabeça presidencialista”, não tem proporcionado a governabilidade de outrora. Vale dizer então, que este tipo de arranjo que foi pensado de forma a assegurar a maioria no congresso para aprovação das propostas presidenciais tem propiciado na prática o aumento da corrupção. Além do que, o problema reside também no custo desta coalizão para a representatividade democrática como temos visto na mídia, nas redes sociais e nas mobilizações sociais desde 2013.

Por fim, conforme Almeida (2007); Melo (2008) e Reis (2014), é possível afirmar

ainda que dada às características da nossa democracia onde a cultura da corrupção está intrinsicamente inserida, concordando com Limongi (2015) e Ames (2003), o presidencialismo de coalização se transformou em um dos maiores motivadores da ingovernabilidade que assistimos no Brasil de hoje e pode ser a pá de cal do Estado Democrático de Direitos consecutivamente do SUS tal como fora concebido pela Carta Magna caso não haja rápida resolução da crise aguda e grave da política nacional.

Frente a este contexto, esta tese, organizada e apresentada ao longo de sete capítulos, pretende contribuir para pensarmos o devir da política nacional dual de saúde; e para fundamentar o redirecionamento do desenvolvimento do campo de saúde à busca do bem estar comum de todos os brasileiros e do Brasil, enquanto nação.

Introdução à temática

O SUS é uma política de Estado inscrita na Constituição mais Cidadã da história brasileira. Contudo não são poucas as evidências que sinalizam que a Política Nacional de Saúde como um todo (tanto na sua face pública quanto na sua face privada) vem sendo tratada como política de governo desde que foi instituída pela Constituição de 88. Dito isto, nossa primeira hipótese é de que não só o SUS, mas a política dual de saúde no Brasil como um todo tem sido tratada como política de governos e deste modo atravessada por interesses classistas/estatais ao invés de ser norteada pelo interesse comum da multidão de brasileiros e do Brasil.

Outra questão que se apresenta é que como o texto constitucional, conforme Baptista (2007), foi escrito de forma genérica no intuito de guardar alguns consensos, essa generalidade acabou por fragilizar o projeto civil-político fomentado pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) de sacramentar o SUS como o único sistema de saúde existente no país; dada a determinação constitucional irrefutável do caráter dual da política de saúde. Considerando esta assertiva, esta tese defende então, que apesar do desejo de se ter uma política única, universal, integral e pública no Brasil, a própria Constituição de 88 legitimou, na verdade, uma política dual de saúde para a nação.

Sabe-se que a temática da avaliação do desenvolvimento da política nacional de saúde tem sido objeto de intensa discussão na literatura produzida no campo da saúde coletiva, contudo observa-se que a maioria destes estudos parte da análise do desenvolvimento da

política de saúde a partir do SUS e ignora a natureza dual do campo da saúde no Brasil. Desse modo, julgamos necessário olhar a questão sob outro prisma, sob a lente do interesse comum e da dependência da trajetória, para examinarmos via teoria do neoinstitucionalismo as questões que impactaram no desenvolvimento da política de saúde nacional rumo ao Bem-estar comum dos brasileiros.

Assim, esta tese se apoia na análise da dependência de trajetória da própria política dual de saúde, na neoinstitucionalização desta no campo da saúde bem como na busca pelo bem estar comum que deveria ser o objetivo da política proposta para observar o desenvolvimento do campo da saúde no país. Neste bojo, este exame se debruça principalmente na produção normativa e no desenvolvimento das relações público-privadas no campo da saúde no período governado por Lula e Dilma. Onde a própria disputa ferrenha dos partidos da base aliada pelo Ministério da Saúde parece revelar o que há em disputa; poder e dinheiro.

Ao longo do texto discorremos sobre as questões que podem sugerir os porquês do SUS nunca ter funcionado a contento. Subjugado aos interesses particulares/privados e/ou públicos estatais, o sistema nacional que nunca foi único de acordo com Ocké-Reis (2012), fracassou em lograr a universalidade desde seu nascedouro conforme Bravo (2006). Discorre-se ainda neste estudo sobre o vultuoso crescimento da saúde privada nos últimos 28 anos, apesar da implantação do SUS "universal". Só nos últimos 13 anos de governo petista, a saúde privada cresceu 103% em número de beneficiários e mais de 300% em valor de Receita Total, segundo a ANS (2016).

Como dito na apresentação desta tese, é possível observar que sempre existiram obstáculos internos e externos ao SUS, inclusive antes dele ser instituído pela Carta magna (como será apresentado mais adiante). Os externos causaram e causam a restrição financeira /orçamentária e a falta de apoio político e civil ao SUS; e os internos se relacionam com a ideia de má gestão, com algum grau de ineficiência dos processos, e na relação custo-efetividade e da geração de resultados, com a limitada oferta de serviços apesar da expansão dos últimos anos, com a má distribuição da rede pele país e com falta de controle dos resultados (Oliveira, 2013).

Associada a estas questões, o papel da mídia nesta conta tem sido fator importante na deslegitimação do SUS e na construção do desejo americano pelo plano de saúde. A "venda"

massificante da ideia-força[3] de que o privado é mais eficiente que o público, tomada do pensamento neoliberal e do novo gerencialismo, somado a crise da solidariedade e da exposição dos casos de corrupções ligadas à saúde, com exibições rotineiras da degradação do SUS, tem modificado a relação que as pessoas vêm estabelecendo com a saúde, tornando o entendimento natural de que a saúde é um produto e, portanto deve ser consumido via mercado. Uma prova disto será apresentada no capítulo referente ao contexto da prática, onde ficará evidente a tendência de crescimento do gasto em saúde por desembolso direto.

Outro ponto a ser considerado diante da deslegitimação da sociedade em relação ao SUS é o compartilhamento do sonho americano de obtenção do plano de saúde por parte dos trabalhadores. Porém, é possível constatar que neste caso em específico o trabalhador organizado foi cooptado de outra maneira, que não pela via da mídia. Somado a essa americanização da formatação sindicalista, acredita-se ainda que o desejo pela conquista do plano de saúde tenha encontrado terreno fértil na junção dos IAPs no INAMPS, cujos trabalhadores eram contras, e se intensificou a medida que a qualidade do INAMPS se deteriorava, e agudizou na universalização dos equipamentos e serviços que antes eram exclusivos dos trabalhadores.

Na verdade, quando a assistência à saúde eclodiu na previdência social, o sistema de saúde se desenvolveu já segmentando sua clientela. Inicialmente nas Caixas, ligadas às empresas, e depois nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, construídos em torno de categorias profissionais, sendo que cada Instituto prestava também residualmente assistência à saúde – o que, aliás, dá origem à assistência à saúde propriamente – mas de formas diferenciadas. Então, cada instituto tinha mais ou menos recursos para a saúde e prestava serviços de maior ou menor envergadura, conforme Menicucci (2014). Segundo essa autora, “o benefício era vinculado ao contrato de trabalho formal, tendo as características de seguro e não de direito de cidadania”. Revestia-se do caráter meritocrático vinculado à inserção no mercado de trabalho, cujas diferenciações reproduzem. Em 1966, a unificação de todos os Institutos no Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, significou a cobertura de todos os assalariados urbanos. A opção política dos governos para dar conta dessa ampliação de cobertura foi não prover os serviços diretamente, mas comprá-los da rede privada (MENICUCCI, 2007).

---

[3] É a coesão social, política, religiosa, econômica como um fator produtivo, capaz de trazer mudanças para a sociedade. Marcos Juruena Villela Souto. Desestatização Privatização, Concessões e Terceirizações. Editora Lúmen Juris 4. Ed., rev., atual.e ampl. 2001. P.9.

Nesse sentido, então, a política pública voltada para a saúde incentivou o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto pela compra de serviços quanto pelos subsídios do governo para construção de unidades hospitalares.

Fundamental também para entender a trajetória posterior da dualidade da política de saúde no Brasil foi compreender à estratégia de fazer convênios com empresas que, por meio de subsídios governamentais, do então INPS, se encarregavam da prestação de assistência à saúde a seus empregados.

Esse foi o berço dos planos de saúde, porque desenvolveu nas empresas a prática de prestar serviços aos empregados, o que gerou no mercado outra modalidade institucional: as empresas médicas que geriam a assistência médica para as empresas empregadoras. Então, se num momento a assistência empresarial era complementar à assistência pública, passa a ser suplementar, ou seja, passa a ter independência, vida própria e pior que isso, adquire importância como política de pessoal, passando a fazer parte, aliás, das negociações coletivas dos trabalhadores, que reivindicam mais e mais planos de saúde empresariais. A consequência política disso para o SUS foi intensa, uma vez que se perdeu o significativo apoio de um ator político relevante, que é exatamente a massa de trabalhadores organizados. Daí adveio consequências muito complexas que são sentidas até os dias atuais.

Por outro lado, existem evidências de que o sindicalismo brasileiro bebeu da fonte do sindicalismo americano quando alguns líderes sindicais foram estudar o tema nos EUA pela John Hopkins, entre eles, o ex- presidente Lula.

> O sindicalista Lula – ao contrário do que parece - não se absteve de estudar. Há relatos – nunca desmentidos – de sua preparação em cursos de AFL CIO, as centrais sindicais norte-americanas, quintessência do peleguismo e do anti-esquerdismo em geral e na John Hopkins University, em Baltimore, Estados Unidos (em 1972 ou 1973), onde ele teria feito um curso de liderança sindical, desenhado sob medida para parecer de esquerda, apenas parecer, mas servir ao sistema dominante.(KRAMER, 2004, p.18)

Portanto, existe a possibilidade, segundo essa corrente de pensamento de que a semente do sonho do plano de saúde para cada operário possivelmente tenha sido plantado naquela época nos corações e mentes dos sindicalistas que fundaram a CUT e tenha permanecido vivo no coração do PT.

> O poder de atração do mercado de seguros privados de saúde contribuiu para que a maior parte das representações sindicais no Brasil tenha sido atraída pelos seguros privados de saúde e se afastado da saúde pública. Pelo menos desde os anos 1970, os sindicatos de trabalhadores vêm lutando por um acesso mais amplo ao setor privado em suas negociações coletivas com os sindicatos patronais. Embora lute pelo acesso a planos privados de saúde, a grande maioria dos trabalhadores não tem acesso a eles ao se aposentar, simplesmente porque não podem arcar com o forte aumento dos preços para as faixas etárias mais elevadas. Os trabalhadores têm acesso aos

> planos privados de saúde na idade adulta, quando precisam menos dele, e dificuldade de acesso ao ficarem idosos, exatamente quando mais precisam deles. Essa situação corresponde a um verdadeiro estelionato praticado pelo mercado privado em relação aos trabalhadores, por isso precisa ser fortemente denunciada. Nos últimos dez anos vêm crescendo muito a gestão privada de serviços. (CEBES, 2014, p.194)

O próprio Lula andou declarando em seus discursos antes de ser eleito que o sonho dele era um plano de saúde para cada brasileiro. Entretanto, depois de eleito os discursos oficiais de Lula mudaram um pouco de tom, contudo, a dúvida que pairava é se na prática os 13 anos de governo comandado pelo partido dos trabalhadores e coligações pendeu mais ao favorecimento do interesse público não estatal, (aquele comprometido com o interesse comum de todos os brasileiros) ou tendeu a ampliar a participação do privado na "coisa pública" impactando negativamente na dualidade do sistema de saúde nacional?

A assinatura da proposta da Cobertura Universal da OMS em 2005[4], no inicio do primeiro mandato Lula, já sinalizava que o PT embora tivesse tido um discurso na campanha presidencial[5] ao longo dos anos em defesa da universalidade e integralidade do SUS se mostrava inclinado ao favorecimento da ideia da saúde como negócio.

Dessa maneira, defende-se também nesta tese, que tenhamos tido nos governos dirigidos pelo Partido dos Trabalhadores e coligações uma política de continuísmo na saúde em relação aos governos anteriores; onde se manteve não só todo arcabouço legal que garante os subsídios do governo que cada vez mais ampliam a participação do sistema de saúde privado; como também foram implementadas novas leis que além de afirmarem o posicionamento favorável à "hibridização corrompida"[6] dos dois campos de saúde (público e privado) pelo governo PT – coligações parecem ressaltar que os petistas foram seduzidos pela falsa ideia de eficiência do setor privado.

Para o pesquisador do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) e integrante do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, nos

---

[4] A primeira referência explícita à "cobertura universal" pela OMS aparece em um dos relatórios para a 58ª Assembleia Geral, em 2005, intitulado Seguro Social de Saúde: Financiamento Sustentável da Saúde, Cobertura Universal e Seguro Social de Saúde. Nele, tem início a transformação semiótica do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde para o conceito de "cobertura universal" indelevelmente associado à "proteção do risco financeiro" e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial.

[5] Programas de Governo do PT ; 1990, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014.

[6] A expressão "hibridização corrompida" foi cunhada pela autora, nesta tese, no intuito de ressaltar que dada a *path dependence* da dualidade da política de saúde nacional, a hibridização entre o público e o privado é esperada e desejada a fim de se obter a otimização da lógica de gestão e dos recursos no campo da saúde com vistas ao bem-estar comum da multidão. Contudo, essa hibridização tem sido feita de maneira que o pendão dos interesses está mais voltada ao privado do que ao interesse comum das singularidades que compõem o interesse comum, neste caso considera que hibridização está corrompida.

últimos 16 anos houve uma opção política contra a Saúde no país. “Dentre todas as políticas sociais, a Saúde foi escolhida como um setor a ser penalizado, independente do governo”, afirma. Segundo ele, os gastos com o SUS foram os que menos cresceram na área social, entre os anos 2000 e 2014[7]. Por outro lado, aumentaram as necessidades de assistência e promoção da saúde da população, por fatores como o envelhecimento. (RADIS, p.16, n°162, 2016)

Então, o que se pretende comprovar nos capítulos que se sucedem é que a lógica e os interesses privados de grupos de poder, a partir de 2003, permearam o setor público de forma gradual e progressiva, e muito via defesa dos interesses privados pelo poder legislativo nacional. E ainda, que essa “hibridização corrompida” de lógicas público-privada, legislativo-executivo, pode produzir efeitos na dualidade da política nacional de saúde capazes de romper com o princípio da universalidade no SUS. Outra evidência iluminada por esta tese é de que do jeito que a política dual de saúde nacional se desenvolveu não houve uma preocupação consolidada com a busca do bem-estar comum da multidão de brasileiros.

Desse modo, optamos por definir como objeto desta tese de doutorado a condução da política nacional de saúde, principalmente à luz da legislação, dos interesses que as mobilizaram e do impacto destas na prática para conformação do campo da saúde dual, com destaque nos 13 anos de governo PT (Lula e Dilma) em face da trajetória de dependência da dualidade da política e da busca do bem-estar comum dos brasileiros.

Para tratar deste objeto foi preciso levar em consideração alguns aspectos relevantes na discussão desta temática, tais como: Estado x Governo x Mercadox Sociedade; o Sistema Único de Saúde e seu desafio de ser único; a crise econômica e política brasileira atual; o campo da saúde; a impregnação do pensamento binário nas análises feitas pelos estudos sobre a relação público-privada na saúde; e a influência dos interesses privados, públicos e comuns na política de saúde.

Para Meniccuci (2014), ao pensar as dificuldades do SUS quanto a ser universal e igualitário, dois aspectos importantes dizem respeito exatamente ao tipo de relação de público e privado que se estabeleceu, e/ou ao não enfrentamento dessa dualidade na assistência à saúde no Brasil. O primeiro aspecto é que a saúde suplementar é anterior ao SUS e o segundo que esta também foi fomentada fortemente pelo Estado posteriormente a promulgação do texto constitucional.

E é nesse sentido que estudar o passado importa. Assim como Menicucci, devemos indagar qual legado temos na trajetória da política dual de saúde no Brasil que explica o fato

[7] Como é possível constatar mais adiante no capítulo referente ao contexto da prática.

de que, apesar de termos um sistema inclusivo do ponto de vista constitucional, legal, institucional, isso não se configurou em uma realidade, nem ao menos durante os governos de esquerda como se pretende evidenciar ao longo deste estudo. O nos parece uma verdadeira controvérsia ideológica e política.

Desta forma, para dar conta de responder a esses questionamentos, como objetivo geral optou-se nesta tese por verificar a evolução/direcionamento da condução do SUS pelos sucessivos governos presididos pela esquerda petista brasileira e coligações, principalmente à luz da legislação produzida pelo Legislativo e também a oriunda do Executivo, tais como as portarias do Ministério da Saúde, em busca da identificação do jogo de influências e interesses que deturparam a busca pelo bem-estar comum legitimada pela política dual sacramentada na Constituição.

Além do objetivo central de verificar os efeitos produzidos pela inserção da lógica e dos interesses privados e interesses públicos estatais na política de saúde nos governos PT-coligações, foram traçados os objetivos específicos abaixo assinalados:

a) evidenciar a existência de um conjunto de interesses que influenciaram a condução da política de saúde lançando luz na participação do financiamento privado das campanhas neste jogo de poder; (Contexto da Influência)
b) identificar as alterações legislativas realizadas a partir de 2003 que tenderam favorecer a apropriação da "coisa pública" pelo mercado no setor saúde; (Contexto da Produção de Texto)
c) examinar as portarias emitidas pelo executivo da saúde (MS e ANS) de forma a verificar se estas foram elaboradas consonantes ao interessecomum;
d) analisar o impacto para a viabilização do SUS da legislação, principalmente das emendas parlamentares desvirtuadas; e, (Contexto da Produção de Texto e Contexto da Prática)
e) explicitar os dados empíricos pertinentes ao debate travado pelo objeto de pesquisa desta tese referente o curso da política de saúde a partir de 2003. (Contexto da Prática)

Acreditamos que um estudo como este tenha potencial de contribuir para o entendimento do significado destas questões relativas a dualidade do campo da saúde, em uma sociedade capitalista e periférica, como a brasileira, na qual vicejam distintas concepções acerca do Estado, da Política, em suma, "da natureza das relações entre público e privado, e mais contemporaneamente, das relações entre o estatal, o público e o privado" (Teixeira,

2011, p.11).

De acordo com Campos (2013), além de ser considerado um retrocesso em relação à concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado, o modelo totalmente privado é economicamente inviável. Por outro lado, o SUS universal, integral e único é um sonho cada vez mais distante e difícil de ser materializado.

Conforme, Menicucci (2010), o que parece é que o sistema público por envolver políticas de caráter redistributivo demandaria coalizões mais amplas e duradouras para sua sustentação política, o que parece ficar cada vez menos provável, na medida em que parte da ação política se desloca para o conflito pelo poder de normatizar a assistência privada, via regulação (executivo) ou via financiamento (legislação), *cases* apresentados por este trabalho como exemplo mais adiante.

Dado que essa tendência de cooptação da "coisa pública" pelos interesses privado-particulares no campo[8] da saúde tem se intensificado ao longo dos tempos quer via executivo ou via legislativo; surge o questionamento do que acontecerá com a proposta do SUS universal no futuro, ainda mais frente à crise econômica, social e política que vivemos em dias atuais?

De acordo com Ialê Falleiros (2013), professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz, o espaço que o setor empresarial tem conquistado nas políticas de saúde é um exemplo do que ela chama de "cultura da colaboração", um processo que, entre outras coisas, tenta eliminar as barreiras entre público e privado, sempre a favor do mercado ou de alguns. O que confirma a existência de uma interpretação corrompida da dualidade na alter-modernidade, onde prevalece ainda uma hibridização incidiosa que compromete a busca pelo interesse comum. Esta cultura da colaboração parece também ser resultado da crescente organização coletiva das entidades empresarias da saúde, que existe desde os anos 1960, e o que tudo indica, tomou maior vulto de participação no setor saúde após a gestão do PT no país, inclusive no interior da agência reguladora com a frequente nomeação de presidentes com relações expressas com os interesses privados.

Neste sentido, este estudo sustenta que a política dual de saúde nacional trabalha com relações instáveis e tênues, e que em dias atuais vive seu momento mais frágil. O que significa

---

[8] Aqui está empregado o conceito de campo de Bourdieu. O conceito de campo científico foi desenvolvido por Bourdieu (1984) para significar o espaço estruturado de lutas pelo monopólio da autoridade, da competência e do crédito científico, dentro das mesmas leis e interesses que regem a acumulação de capital. Os campos, segundo Bourdieu, têm suas próprias regras, princípios e hierarquias. São definidos a partir dos conflitos e das tensões no que diz respeito à sua própria delimitação e construídos por redes de relações ou de oposições entre os atores sociais que são seus membros. CHARTIER, Roger. Pierre Bourdieu e a história – debate com José Sérgio Leite Lopes. Palestra proferida na UFRJ, Rio de Janeiro, 30 abr. 2002. p. 140.

dizer que o fim da pior crise que vive o SUS pode ser o abismo para o qual nossa democracia está sendo empurrada. A verdade, no entanto, consonante com Lamounier (2015) é que nossa história política praticamente não foi estudada pelo prisma da democracia. E que a exclusão deste prisma da análise, em especial no campo da saúde coletiva, tem levado às avaliações superficiais feitas sobre os impasses enfrentados pelas políticas sociais no Brasil. Em face disto, estudar essas ligações principalmente a partir da legislação e seu impacto na prática poderá corroborar para o entendimento dos efeitos nocivos dessa intricada rede de interesses e influências se encontra comprometido o campo da saúde no país.

Fato é que, embora ofuscados, o trânsito livre e o uso compartilhado de insumos, pacientes, profissionais de saúde e equipamentos do SUS e da saúde suplementar demonstram que é incorreta a concepção da existência de dois sistemas inteiramente diferenciados: um público e outro privado (SANTOS 2009), como advoga a ótica binária pós-moderna. Essas imbricações revelam também que as conexões entre o sistema público e privado vão além do atendimento de pacientes pelo SUS de procedimentos de alta complexidade (confundidos com procedimentos de alto custo) negados ou não cobertos pelos planos de saúde.

Por fim, uma avaliação da condução das relações público-privadas nos governos de esquerda à luz da análise dos seus números e legislação, considerando seus contextos e seus interesses, pode trazer contribuições para o campo das políticas públicas, no sentido de refletir sobre a crítica situação atual da saúde no país. Vislumbra-se que esta tese também possa fomentar uma discussão sobre essas imbricações entre os interesses públicos e os interesses privados da política de saúde, onde haja inclusão nesta discussão dos interesses comuns no campo da saúde que a política nacional precisa ter.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Sob esta perspectiva, a despeito do desejo (pessoal da autora) de se ter uma política de saúde universal, integral e única implementada no país, reconhece-se nesta tese que a coexistência do campo público e privado da saúde encontra-se determinada de maneira quase irreversível na constituição de 88 pela *path dependence*[9] e assim, de certo modo atrelada pela busca do bem-estar comum. Logo, há desta maneira a necessidade de se manter o bom "funcionamento de ambos os campos"[10] em prol do interesse comum.

Desse jeito, assume-se que a relação pública privada no campo da saúde poderia ter caminhado na busca do interesse comum de manter um campo viável e ótimo que pudesse dar conta da saúde de todos os brasileiros. Quer seja ele público, quer seja ele privado. Assim, sob esta lógica, toda normativa produzida desde a constituição deveria impactar no devir da saúde de acordo com o interesse comum, mas na prática parece que o norte da política dual de saúde ficou à cargo dos interesses privados/particulares e também submetida em menor grau aos interesses públicos estatais.

O interesse comum, na saúde, não é estático, ele é dinâmico, e evolui a partir dos "*landmarkes*" e da trajetória de dependência que foi produzida a partir do marco inicial (CF88) que por sua vez foi condicionando a formatação deste interesse comum ao longo do tempo (que não é público, nem privado). Além disso, acrescenta-se, que o interesse comum é influenciado pelo interesse das multidões, que é composta de indivíduos/singularidades, mas no final é constituída pelos grupos de interesses que aglomeram estas singularidades. O que mantém sempre o movimento vivo e dinâmico.

Neste sentido, o interesse comum que visa o bem-estar da multidão não pode ser resumido aos interesses públicos nem tão pouco definido somente pelos interesses privados. O interesse comum suplanta e absorve as duas naturezas de interesses no intuito de garantir o bem-estar comum de todos os envolvidos. Ao incorporar os interesses públicos e privados, ele também abarca e tende acomodar a diversidade de todos os grupos de interesses que dialogam com o campo da saúde.

---

[9] A *path dependence* é uma teoria cunhada pela economia, mas com inserção no campo da ciência política.

[10] Ou podemos dizer a necessidade de se manter o consenso contingente entre os campos da saúde. "Consenso contingente" implica reciprocidade de comportamentos, envolve cumprir expectativas alheias: faço porque os outros também fazem, é o raciocínio envolvido. Implica em cooperação condicional, onde cada um faz sua parte com base na honestidade com reciprocidade. As instituições podem ser consideradas fair quando envolvem uma barganha aceitável e a ação cumpre expectativas tidas como razoáveis. O essencial é que cada um cumpra sua parte. Nesse sentido, a ação das pessoas é tida como coletivamente informada e adaptada (Levi, 1991).

Cabe dizer que o conceito de comum empregado aqui se baseia no pensamento dos teóricos Michel Hardt e Antonio Negri onde o comum é o ponto de convergência entre o público e privado.

Desse modo, tomando esses conceitos por base, afirma-se que a interdependência dos dois campos da saúde (público e privado) é estrutural. Assim, o que ocorre é que ela vai ao longo do tempo mudando a sua intensidade e a sua composição na trajetória da política de saúde, ora ressaltando mais os interesses públicos, ora salientando mais os interesses privados, mas de certa maneira sempre, atrelada e presa à busca do bem-estar comum. Porque nos termos legitimados pela constituição, um campo não se sustenta sem o outro. A ideologia do sistema único de saúde confronta diretamente o norte constitucional dual e caracteriza o reverso do interesse comum. Onde ao tratar o SUS como único, negligencia a Saúde Suplementar e reverte a busca do bem estar comum (de certo modo implícita no texto constitucional) somente à busca pelos interesses públicos, quer estatais ou não.

Destarte, de outro modo, a retórica do SUS único, não abarca o conceito de campo segundo Bourdieu. No sentido que esta retórica nega todo o constructo material e legal produzido pelas disputas e pela cooperação do público e o privado. Por conseguinte, o campo privado da saúde que sempre esteve atrelado à saúde pública e que através dos seus grupos de interesses também influenciaram a redação da normativa principal do SUS[11] fica sob o julgo do desnecessário, mas na prática percebemos que sem ele, o SUS deveria dar conta de mais 80 milhões de pessoas. Somado a isto, esta visão assume que a constituição e as leis orgânicas são representativas do interesse público, mas que subjetivamente sabe-se que estas normativas foram impregnadas também pelos interesses privados e públicos estatais. Ou seja, o marco legal que dá vida ao campo da saúde possui uma natureza pública e outra privada, e possui claramente influências dos diversos interesses em jogo.

Para concebermos, de fato, um sistema de saúde exclusivo e universal seria necessário haver um acordo político-social que respaldasse uma profunda reforma da ótica tributária voltada para a sustentação efetiva das políticas sociais (no caso da saúde) e que, sobretudo houvesse a elaboração de uma nova constituição onde o marco normativo não propiciasse uma dependência de trajetória entre os interesses públicos e os interesses privados no campo da saúde.

> [...] instituições são como cimento seco. O cimento pode ser arrancado depois de seco, mas o esforço para fazer isso é substancial. É mais fácil alterar a substância antes que ela se endureça (RHODES; BINDER; ROCKMAN, 2006).

[11] Como pode ser observado no capítulo das influências.

Embora a narrativa da reforma sanitária gire - após 28 anos da dualidade da política de saúde ter sido sacramentada na Constituição -, em torno de que o SUS tem que assumir seu caráter único no sistema, por um Estado todo poderoso, a partir de uma ampla base de adesão social tal como fora idealizado, se faz premente defrontar esta idealização com os rumos que de fato a política nacional de saúde seguiu.

A frustação da expectativa de que os governos do PT pudessem gerar condições mais favoráveis ao desenvolvimento do SUS pleno como política de Estado gerou uma controvérsia política e ideológica - que inclusive pode ser ilustrada pelo movimento de racha que o Partido dos Trabalhadores vivenciou nos primeiros anos do Governo Lula, justamente fruto desta guinada à direita em relação a condução do governo.

Desse modo, os controversos governos PT/coligações negligenciaram a satisfação do interesse comum da multidão ao previlegiar durante os 13 anos de governos, principalmente via legislação e distribuição de cargos comissionados, os interesses privados, os interesses partidários e os interesses públicos estatais. Tal negligência configurou o inverso do interesse comum.

Assim, na verdade, podemos afirmar que não existiu apoio político-social e aporte financeiro, satisfatórios, para a concretização do SUS como única alternativa para o campo da saúde. E frente a atual crise política, social e econômica que assola o país, não possuímos escala de riqueza para tributar[12] suficiente para manter um sistema de saúde universal para 210 milhões de pessoas. A não ser que abríssemos mão do superávit primário. Ou decidíssemos firmar outro pacto social.

Deste modo, urge deixarmos o utópico de lado e entendermos que a relação público-privado no campo da saúde é *path dependence*. E que a despeito do que entendemos como justiça social, a partir da Constituição brasileira criou-se a necessidade de se estabelecer convivência harmônica e eficiente entre as macroestruturas publicas e privadas buscando o bem-estar comum na saúde. De jeito tal, que o campo da saúde pública não se mantém sem o campo da saúde suplementar nem vice-e-versa.

Como veremos nos capítulos seguintes desta tese, este argumento se ampara no constructo, de diversas leis que foram produzidas após o marco normativo constitucional que legitimou a dualidade do campo da saúde, bem como na apresentação de fatos que embasam

[12] Por mais alta que já seja a tributação do país. Com a maior carga tributária registrada na América Latina, o Brasil cobra impostos num patamar equivalente de países desenvolvidos. Segundo dados da Receita Federal e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o país tinha uma carga tributária acima de 32% do PIB em 2014, junto com a Argentina, enquanto outros países vizinhos como México, Chile e Equador apresentaram 19%. No comparativo com países da OCDE, o Brasil aparece ao lado do Reino Unido (32,57%) e Nova Zelândia (32,37%).

este trabalho. Entretanto, a priori trataremos a seguir a apresentação dos principais conceitos que atuarão como fios condutores para discussão do objeto de pesquisa por esta tese.

1.1 **Bem-Estar Comum**

Há implicitamente no conceito de *bem-estar comum* a ideia de que a polarização entre o neoliberalismo e a regulação keynesiana, entre o privado e o público, entre capitalismo e socialismo real se esgotou, pois a passagem da economia industrial para a biopolítica fez com que a gestão e a regulação perdessem eficácia. E, por outro lado essa mesma passagem levou a produção do conhecimento a ser o elemento chave, que se recusa a ser controlado pelo mercado, produzindo na verdade para o *comum*.

> Essas duas ideologias, o neoliberalismo e o socialismo, parecem os únicos polos do imaginário econômico contemporâneo. E, no entanto nenhuma das duas é capaz de controlar e estimular a produção na economia biopolítica... É importante entender que o socialismo e o capitalismo nunca foram opostos, e sim, como sustentavam muitos analistas críticos da União Soviética, que o socialismo é um regime para a gestão estatal da produção capitalista(HARDT e NEGRI, 2016, p.296).

Assim, Hardt e Negri (2016) trazem a ideia de *comum*, como uma produção humana permanente que envolve coisas que são ou deveriam ser livremente compartilhadas, como; a língua, o espaço público das cidades, o conhecimento, a tecnologia, a natureza, a saúde, etc... Nessa conceituação, a saúde é um bem *comum*, uma propriedade comum, indissociável a singularidade dos sujeitos e da própria multidão, apesar das constantes ameaças de privatização da lógica comum.

Deste modo, percebemos ao longo da formação do campo da saúde no país que a visão "padronizada", parte do principio de que a única alternativa ao privado é o público (ótica binária pós-moderna), ou seja, aquilo que é gerido e regulado pelo o Estado e por autoridades governamentais, como se a satisfação do interesse comum[13] de ter suas demandas de saúde atendidas fosse irrelevante (Hardt e Negri, 2016, p.9). No geral, acredita-se que a única cura para os males da sociedade capitalista é a regulamentação pública e a gestão econômica keynesiana e/ou socialista; e, inversamente, acredita-se que as doenças socialistas só podem ser tratadas pela propriedade privada e o controle capitalista. O que dentro da lógica do

[13] Pelo termo “comum”, referimo-nos, pautados em de Hardt e Negri (2016, p.8), aos resultados da produção social que são necessários para interação social e para mais produção, como os conhecimentos, os afetos e a saúde.

comum não configura a melhor maneira de tratar a dualidade dos interesses e visões presentes na multidão.

Ainda conforme Hardt e Negri (2016), a polarização aparentemente exclusiva entre público e privado corresponde a uma polarização política igualmente perniciosa entre capitalismo e socialismo. Para os autores supracitados, embora o socialismo e o capitalismo, em certos momentos tenham sido misturados e em outros tenham ocasionado duros conflitos, ambos são regimes de propriedade que excluem e ao mesmo tempo estão entranhados no comum. Contudo, os antolhos das ideologias dominantes de hoje e da ótica binária pós-moderna, todavia, fazem com que seja difícil enxergar o comum, embora ele seja o ponto que interliga todos na multidão[14].

O impacto singular por ele suplantado se deve justamente às consequências extraídas da ideia de bem público para certos postulados tradicionais das ciências sociais. Estas costumavam aderir ao suposto de que os membros de um grupo ou categoria tenderiam, natural e espontaneamente, a agir para a realização dos seus interesses comuns, suposto que se percebia como derivando de outro, o de que os indivíduos que integram os grupos são racionais e movidos por considerações de interesse próprio.

Todavia, Olson (2000) sustenta, em contraposição, que, ao invés de o primeiro desses supostos derivar do segundo, os dois são na verdade incompatíveis: se aderimos à premissa do comportamento racional e egoisticamente motivado pelo interesse próprio, somos logicamente levados antes à consequência de que os grupos não agirão para a promoção dos interesses comuns.

Isso se deve a que qualquer interesse comum corresponde a um "bem público" ou "coletivo", o qual se tem seu consumo assegurado para uma parcela qualquer dos membros de um grupo ou categoria estará necessariamente assegurado para os demais, mesmo aqueles que não "pagam" ou não contribuem para que seja produzido ou obtido. Daí a justificativa para que o bem público não represente, para indivíduos egoístas e racionais, estímulo suficiente ao dispêndio da energia ou dos recursos necessários à sua consecução, incentivando antes, por parte de cada um, a disposição de tomar "carona" nos esforços dos outros.

Em consequência, a presunção deve ser que a ação coletiva não se realizará, a menos que haja coerção ou o que Olson (2000) denomina "incentivos separados", que atuem seletivamente em termos individuais e "remunerem" individualmente os membros do grupo por sua contribuição para o bem coletivo. Essa lógica operaria especialmente no caso de

[14] A multidão se constitui compondo no comum as subjetividades singulares legitimas segundo a teoria de Hardt e Negri (2016, p.11)

grupos de grandes dimensões, chamados "latentes", nos quais se tem como aspecto adicional o problema de coordenação que resulta, dadas as dimensões do grupo, da irrelevância da contribuição de cada um para o resultado agregado-donde retira Olson (2000) a consequência de que mesmo indivíduos altruisticamente motivados, se racionais, não investiriam os recursos ou esforços necessários à obtenção do interesse comum.

A intuição básica contida nesta análise tem antecedentes no pensamento de numerosos autores, de Hobbes, Rousseau, Kant, Mandeville, Adam Smith e Marx, a contemporâneos, como Robert Merton, Karl Popper etc. O mérito principal de Olson consiste em dar formulação abstrata e genérica ao problema, possibilitando buscar com clareza os efeitos do paradoxo nele envolvido.

Desse modo, considerando o paradoxo da teoria do Estado para a análise do campo da saúde é possível afirmar que a saúde é por excelência um "bem coletivo". A questão central consiste, então, na maneira pela qual se articulam a trama tecida pelos interesses individuais/singulares, dos grupos, do Estado e o do coletivo neste campo.

Neste bojo, o argumento do interesse comum à luz do *path dependence* e do neoinstitucionalismo também se reforça com a teoria de Mary Douglas (2007) onde diferentes tipos de instituições permitem que os indivíduos tenham diferentes tipos de pensamentos e respondam a emoções diferentes. É tão correto como difícil explicar como os indivíduos chegam a partilhar as categorias dos pensamentos e como conseguem pôr de parte os seus interesses pessoais em nome de um bem comum. Todavia, Douglas (2007) adverte-nos que embora os indivíduos compartilhem seus pensamentos e harmonizem suas preferências, são as instituições que determinam a tomada das grandes decisões. Este apontamento traz o neoinstitucionalismo para a conversa e nos remete a seara de discussão a respeito do interesse público *versus* interesse (público) estatal.

McQuail (2012) apresenta uma tipologia a partir da qual se poderia entender o conceito de “interesse público” de três formas que subjetivamente abarca o conceito de interesse comum cunhado por Hardt e Negri, evidência substancial de que o interesse comum está no público e também representa o privado no conceito de comum.

Essa aproximação pode ser constatada em três níveis:

a) pela teoria da preponderância que o traduz pela soma de preferências individuais medida pela regra da maioria;
b) pela teoria do interesse comum que alinha-se com a “vontade geral” de Rousseau e refere-se a interesses comuns a todos os membros, como serviços de saúde;

c) ou pela teoria unitária que baseia-se em algum princípio normativo tomado como absoluto, fundamentado em valores ideológicos que acabam se tornando um fim em si próprios, auto justificando-se.

Ao relacionar tais perspectivas com este estudo, uma abordagem próxima a primeira teoria deve ser na medida em que se tende a utilizar do conceito de multidões, uma prática que teria como tendência a supressão de interesses de minorias. No que se refere à perspectiva "unitária", observa-se uma tendência fortemente autoritária e paternalista de modo a apresentar discursos enviesados e ideologicamente contestáveis. A interpretação a partir do "interesse comum", por sua vez, é vista nesta tese como mais adequada pela autora, pois interpreta os serviços oferecidos de saúde como um "*bem comum"* maior que transcende os interesses e preferências individuais. E é a partir desta ótica que teceremos a trama que dá corpo a esta pesquisa.

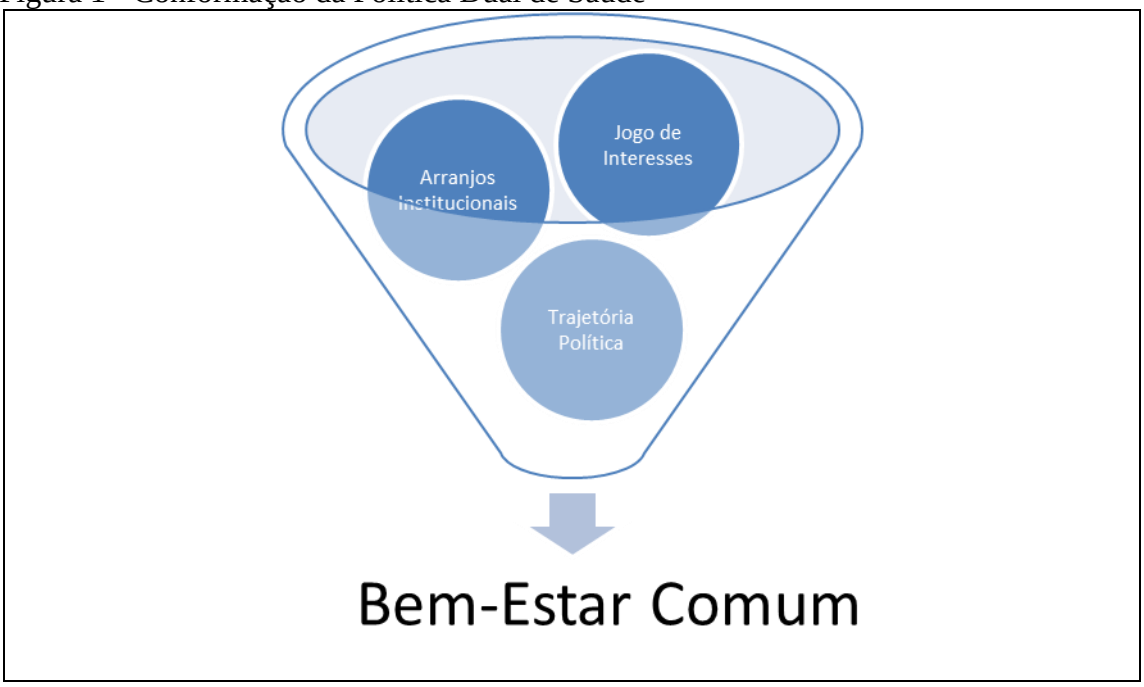
Deste jeito, pautados principalmente, no conceito de bem-estar comum trabalhado por Hardt e Negri (2016), a lógica crítica que impera na construção deste estudo se baseia na ideologia do projeto político de constituição do comum (nem público nem privado, nem socialista nem capitalista, nem esquerda nem direita), que se propõe cortar transversalmente a falsa alternativa de sustentação da dualidade binária na condução do campo da saúde.

Entretanto ao longo da análise documental, explicitada mais adiante, percebemos que a interdependência (conflituosa, mas também cooperativa) entre o público e o privado, de fato, afeta a condução da política nacional de saúde, todavia também é afetada pelo desenho inicial desta mesma política de saúde, dada a *path dependence*.

Assim reconhecemos que a conjuntura política, social e econômica temporal interfere na dinâmica impressa nas relações publico-privadas no campo da saúde. Contudo, partimos também nesta tese do pressuposto que a influência do público no privado se explica à luz da teoria da trajetória dependente (*path dependence*) e através da perspectiva do neo-intitucionalismo histórico.

Por fim, didaticamente abaixo se segue uma representação da conformação dessas forças que atuam na configuração da política dual de saúde e a finalidade maior que esta deveria ter: o bem-estar comum.

Figura 1 - Conformação da Política Dual de Saúde



Fonte: Elaboração Própria.

1.2 **Neoinstitucionalismo**

Em meados da década de 80, a chamada perspectiva neoinstitucionalista encontra grande acolhida pelos estudiosos das políticas públicas, ao introduzir importantes aspectos analíticos para as pesquisas, ampliando assim os horizontes dos estudos na área. Em grande medida, podemos afirmar que o neoinstitucionalismo buscou se consolidar como uma referência teórica contrapondo-se, em certa medida, aos modelos pluralista e marxista. A seguir discorremos brevemente sobre estes modelos para compreensão da opção pelo modelo neoinstucionalista para este estudo.

Nas décadas de 50 e 60, a ciência política americana era dominada pelos modelos explicativos comportamentalistas (*behavioralism*) e pluralista. O modelo pluralista, especificamente, orientou e orienta uma enorme quantidade de trabalhos empíricos sobre políticas públicas, inclusive no Brasil. De forma um tanto quanto arbitrária, podemos afirmar que o pluralismo concebe a distribuição do poder como um aspecto mais ou menos permanente das sociedades, especialmente as de democracia liberal. As sociedades são concebidas, nessa perspectiva, como compostas de diversos centros de poder, sendo que

nenhum deles é totalmente soberano. Esse modelo adota o conceito de grupo de interesse ou grupo de pressão como instrumento analítico para o processo de *decision-making*.

Tomando a terminologia da abordagem sistêmica, são as demandas e apoios (*inputs*) dos grupos de pressão que vão delinear as políticas públicas (*outputs*). O governo e suas políticas são vistos como resultado dos *inputs* vindos da sociedade. O Estado é considerado como algo neutro, cuja função é promover a conciliação dos interesses que interagem na sociedade, segundo a lógica do mercado (Dahl, 1988, p. 85).

Outro modelo bastante difundido é o marxista, adotado em maior ou menor grau, conforme a época e o lugar. Nos Estados Unidos, por exemplo, depois de um ostracismo de aproximadamente 30 anos, autores marxistas chegam a travar interessantes polêmicas com autores pluralistas, a partir da década de 70[15]. De maneira também resumida e arbitrária, pode-se dizer que a análise marxista parte das relações entre economia, classes sociais e Estado.

As relações de classe são essencialmente relações de poder, constituindo o instrumento analítico para a interpretação das transformações sociais e políticas. As políticas estatais aparecem como reflexo dos interesses do capital, seja como fruto do Estado visto como mero "comitê" destinado a gerir os negócios comuns a toda a burguesia, seja como resultado da ação de um Estado dotado de uma "autonomia relativa", mas que em "última instância" vela pelos interesses do capital[16].

Apesar de se colocarem em lados opostos do debate, o pluralismo e o marxismo unem-se na ênfase analítica centrada na sociedade. Para ambas as perspectivas, a ação estatal é sempre resposta a estímulos vindos da sociedade. Contrapondo-se a esse enfoque, por volta de meados dos anos 80, foi difundido o modelo analítico neoinstitucionalista.

Em sua primeira versão, denominada *state-centered*, o neoinstitucionalismo recoloca o Estado como foco analítico privilegiado: é ele que passa a explicar a natureza das políticas governamentais. Skocpol (1985), retomando a tradição alemã de Max Weber e Otto Hintze, foi uma das primeiras autoras a propor uma reorientação teórica em relação às abordagens precedentes e a tentar organizar as bases da análise neoinstitucionalista.

Esta autora considerou, inicialmente, a sociedade civil permanentemente influenciada pelo Estado, devendo este ser concebido como "muito mais que um simples foro em que os

---

[15] Ver, por exemplo, a interessante polêmica de J. Manley contra R. Dahl e C. Lindblom, publicada na American Political Science Review, Washington, v. 7, n. 2, 1983.

[16] No primeiro caso podemos remeter ao Manifesto Comunista de K. Marx e F. Engels. Defendendo uma abordagem mais flexível temos N. Poulantzas em Poder político e classes sociais, São Paulo, Martins Fontes, 1977, por exemplo. Uma excelente discussão sobre o tema pode ser encontrada no trabalho de Przeworski (1995).

grupos sociais formulam demandas e empreendem lutas políticas ou estabelecem acordos" (p. 83). Ela parte da ideia geral da autonomia dos Estados, que concebidos como organizações que "reivindicam o controle de territórios e pessoas, podem formular e perseguir objetivos que não sejam um simples reflexo das demandas ou de interesses de grupos ou classes sociais da sociedade" (Skocpol, 1985, p. 86).

Nesse esforço, Skocpol (1985) critica os pluralistas, apontando que em suas análises os fatores causais determinantes de decisões concretas de políticas públicas entram, muitas vezes, em contradição com suas conclusões teóricas: o conteúdo das decisões públicas supera, em diversos casos, o caráter das demandas vindas da sociedade. Ou seja, o conteúdo dos *outputs* costuma não raro extrapolar o dos *inputs*.

Além disso, ela aponta que mesmo nos estudos pluralistas que concedem certa autonomia de decisão ao Estado, os funcionários estatais são tomados como grupo de interesse sem se considerar a estrutura estatal na qual se inserem. A autora critica também os marxistas, ou mais especialmente os chamados neomarxistas, que concebem o Estado como configurado pela luta de classes, de forma direta ou indireta. Estes não levam em conta, argumenta que muitas vezes é o Estado que conforma as classes e a luta de classes.

Skocpol sustenta também que a proposição de uma lógica geral de desenvolvimento político, adotada pelos marxistas e neomarxistas, dificilmente encontra correspondência com o estudo de casos concretos de políticas estatais (Skocpol, 1985, p. 77).

Assim, para o neoinstitucionalismo, o Estado, ao contrário do que defendem os pluralistas e marxistas, não se submete simplesmente a interesses localizados na sociedade, sejam das classes ou dos grupos de interesse. As ações do Estado, implementadas por seus funcionários, obedecem à lógica de buscar reproduzir o controle de suas instituições sobre a sociedade, reforçando sua autoridade, seu poder político e sua capacidade de ação e controle sobre o ambiente que o circunda, e, sobretudo seu poder simbólico[17]. A burocracia estatal, executada pela mão direita e pela mão esquerda[18] do Estado, especialmente a de carreira, estabelece políticas de longo prazo diversas das demandadas pelos atores sociais. O que dá para perceber no interím do exame da normativa produzida no período estudado por esta tese

---

[17] Bourdieu defende que o poder simbólico é um poder invisível, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. Argumenta que esse poder é quase mágico e que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica). (Bourdieu,1989)

[18] Segundo Pierre Bourdieu em seu livro Contrafogos 1 (1998), o Estado têm duas mãos, que serão melhor descritas mais adiante nesta tese.

(capítulo 5). Suas ações buscam propor visões abrangentes sobre os problemas com que se defrontam.

A capacidade que a burocracia tem de elaborar e implementar políticas é, em parte, resultante do controle que ela exerce sobre um recurso de poder privilegiado, que é o acesso diferenciado à informação. Nessa perspectiva, as decisões públicas trazem, portanto, a marca dos interesses e das percepções que a burocracia tem da realidade, e que nesta tese está sendo denominado, como interesse público estatal[19]. O Estado aparece como variável independente, dotado de autonomia de ação, expressão do "insulamento" da burocracia (Skocpol, 1985). Porém, cada Estado tem sua capacidade dada por uma série de requisitos próprios. Esses requisitos são historicamente condicionados: os instrumentos de políticas estatais não são criações deliberadas de curto prazo, mas sim dependem da história de cada nação e deste modo, dependem desta trajetória.

O poder político dos grupos de interesse e das classes depende, em grande medida, das estruturas e capacidades do Estado. E só o exame de cada caso específico pode definir o grau de "insulamento" que cada Estado possui. Esse debate envolve, em um aspecto crucial, o tema da autonomia do Estado. Todavia, Przeworski (1995) aponta os problemas contidos na perspectiva *state-centered.*

Para Przeworski (1995) esta perspectiva tem coerência no monopólio da força física dos Estados. Contudo, também, há de se considerar que em várias sociedades há o controle civil sobre os militares, e que em uma economia capitalista a alocação de recursos é feita por agentes privados, o que implica que "a força pode não ser suficiente para governar efetivamente" (p. 67). O que nos remete a considerar o poder simbólico envolvido e a representatividade de interesses no interior do próprio Estado via governos, ou no parlamento ou no executivo. Przeworski sinaliza as divergentes perspectivas envolvidas na ideia de autonomia do Estado. O monopólio do Estado não se dá apenas sobre os meios de violência. Inclusive Bourdieu (2014) discorre em seu livro "Sobre o Estado" sobre os diversos meios do Estado exercer sua dominação. Przeworski mostra que o Estado é autônomo quando os governantes têm objetivos próprios e são capazes de implementá-los, mesmo contra interesses dos diversos grupos sociais. Rocha (2005) afirma ainda que:

> "... mesmo numa democracia os ocupantes de cargos no Estado – políticos eleitos ou burocratas nomeados – não são agentes perfeitos do público em nome do qual assumem responsabilidades: eles não agem de acordo com o melhor interesse dos cidadãos (p. 77)".

[19] Para diferenciar do conceito de interesse público que se aproxima do comum.

Ou seja, não agem em nome do interesse comum. Rocha (2005) ainda nos alerta que, apesar disso, tomar a autonomia do Estado como algo generalizável seria um equívoco. Przeworski vai defender que é o estudo de casos concretos que vai definir o papel do Estado e da sociedade na tomada de decisões. Assim, afirma que "não faz sentido rotular perspectivas pelo que deve ser o resultado de investigações concretas" (p. 71). Nesse bojo, diante destas críticas que se dá a evolução do pensamento neoinstitucionalista. A ênfase no Estado como fator explicativo, proposta pela perspectiva *state-centered*, evolui no sentido da ampliação do seu escopo de análise para a perspectiva que Skocpol denominou de *polity-centered analysis* (1995, p. 41). Nesta segunda fase, "o Estado não é considerado, a priori, como dotado de poder para gerar em seu interior suas políticas, conforme seus interesses ou concepções. Mas, que se encontra assujeitado principalmente ao poder do capital" (ROCHA, 2005, p.6).

Assim, ainda conforme Rocha (2005), a perspectiva de análise *polity-centered* procura o equilíbrio entre o papel do Estado e da sociedade nos estudos de caso, de modo a considerar que o Estado é parte da sociedade e pode, portanto, em certos casos, ser influenciado por ela em maior grau do que a influencia. Nessa perspectiva neoinstitucionalista, o escopo de análise envolve as instituições governamentais, regras eleitorais, partidos políticos e políticas públicas anteriores, como fatores condicionantes dos interesses da sociedade civil, das suas estratégias e objetivos (Skocpol, 1995; Immergut, 1996; Migdal, Kohli e Shue, 1994 *apud* Rocha, 2005). Portanto, amplia e reconhece a influência dos diversos interesses nos rumos das políticas conduzidas pelo Estado. Por conta disto, este estudo adota como norte essa visão fundamentada na polity-centered analysis neoinstitucionalista.

Conforme a perspectiva de Rocha (2005), quatro princípios podem ser destacados nessa revisão do modelo neoinstitucionalista:

> ...a efetividade do Estado não depende apenas de seu "insulamento", mas de como se dá sua inserção na sociedade; a necessidade de enfocar não apenas governos centrais, mas também os níveis de governo periféricos; a força do Estado e dos agentes sociais são contingentes a situações históricas concretas; e, finalmente, a relação Estado/sociedade não compõe um jogo de soma zero, implicando a possibilidade de que compartilhem os mesmos objetivos.(Rocha, 2005, p.6)

Nesse sentido, o termo "neoinstitucionalismo" é utilizado na ciência política para designar uma perspectiva teórica que possui pelo menos três métodos de análise diferentes, todos reivindicando o título de "neoinstitucionalismo", conforme Hall e Taylor (2003). Essas três escolas de pensamento são denominadas como institucionalismo histórico, institucionalismo da escolha racional e institucionalismo sociológico. Ainda consonante com os autores a cima, todas elas buscam elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos.

Pode se dizer que o institucionalismo histórico desenvolveu-se como reação contra a análise da vida política em termos de grupos e contra o estruturo-funcionalismo, que dominavam a ciência política nos anos 60 e 70 (HALL, 2003). Os teóricos da escola da escolha racional importaram de maneira fecunda no domínio da ciência política recursos teóricos emprestados à "nova economia da organização", que insiste na importância dos direitos de propriedade, das rendas e dos custos de transação para o desenvolvimento e o funcionamento das instituições[20].

Paralelamente a esses desenvolvimentos da Ciência Política, Hall e Taylor (2003) argumentam que um neoinstitucionalismo desenvolveu-se na Sociologia. O institucionalismo sociológico surgiu no quadro da teoria das organizações. Esse movimento remonta ao fim dos anos 70, no momento em que certos sociólogos puseram-se a contestar a distinção tradicional entre a esfera do mundo social, vista como o reflexo de uma racionalidade abstrata de fins e meios (de tipo burocrático) e as esferas influenciadas por um conjunto variado de práticas associadas à cultura. Os sociólogos institucionalistas em geral escolhem uma problemática que envolve a explicação de por que as organizações adotam um específico conjunto de formas, procedimentos ou símbolos institucionais, com particular atenção à difusão dessas práticas. Eles tentam, por exemplo, explicar as surpreendentes semelhanças, do ponto de vista da forma e das práticas institucionais, entre os ministérios da educação através do mundo, seja quais forem das diferenças de contexto, ou entre empresas pertencentes a setores industriais diferentes, não importa o produto que fabriquem.

Assim como visto nas suas múltiplas variantes, os "neoinstitucionalismos" fazem progredir de maneira significativa nossa compreensão do mundo político. No entanto, ao trabalhar nesta tese com a perspectiva teórica do Neoinstitucionalismo, não nos atearemos nos dilemas trazidos pelas subdivisões que esta perspectiva abrange, porém cabe afirmar que nos aproximaremos mais dos pensadores da vertente do institucionalismo histórico.

Nesse sentido, Hall e Taylor (1996) salientam que os institucionalistas históricos estão associados com uma perspectiva particular de desenvolvimento histórico, defendendo um modelo de causalidade social que é dependente da trajetória (*path dependence*). Tal modelo, segundo os autores, "rejeita o postulado tradicional de que as mesmas forças operativas gerarão os mesmos resultados em todos os lugares em favor da visão de que o efeito de tais forças será mediado por características contextuais de uma dada situação frequentemente herdadas do passado" (HALL; TAYLOR, 1996, p.941).

---

[20] Dois artigos fundamentais são: T. Moe, "The New Economics of Organization". American Journal of Political Science, 28, 1984, pp. 739-777; B. Weingast e W. Marshall, "The Industrial Organization of Congress", citado [nota 32].

Alinhado ao pensamento de Gerschman e Borges dos Santos (2006, p.179), a história comporta conjunções críticas, nas quais são feitas as opções políticas e institucionais iniciais para um setor, com a legitimação dos atores que participarão das arenas setoriais e a definição de arranjos institucionais. As opções assumidas nesses momentos tendem à permanência e, a menos que surja alguma força suficiente para superar essa inércia de origem, limitam opções posteriores (Pierson e Skocpol, 2004). Esta afirmação corrabora para comprovar a dependência de trajetória dual da política nacional de saúde defendida por este estudo.

As opções políticas assumidas tendem a refletir e a repercutir sobre a organização do mercado e nas relações entre o setor público e o privado. Mercados e interesses ligados a esses dois setores, por sua vez, lutam por se fazer representar nas arenas políticas e influenciam a formulação e a implementação das políticas (Gerschman e Borges dos Santos, 2006).

Assim, tendo em vista a observação de que a história importa, e de que o legado do passado condiciona o futuro, o institucionalismo histórico defende a ideia de que os indivíduos agem dentro de arranjos institucionais cuja estrutura atual e funcionamento só podem ser entendidos parcialmente se a análise não estiver integrada a uma perspectiva histórica (KAY, 2005, p.555), e o conceito de dependência da trajetória (*path dependence*) é oferecido justamente como a ferramenta analítica para entender a importância de sequências temporais e do desenvolvimento, no tempo, de eventos e processos sociais. Tal fato explica a apção da autora por esta linha de pensamento para dar conta de avaliar a condução da política de saúde no país nos anos recentes.

Para explicar a lógica causal entre a dependência da trajetória e os processos de autorreforço, que são uma parte principal da afirmação que é "cada institucionalização elementar é um processo auto reforçador". Assimilamos diferentes autores que combinam o neoinstitucionalismo e o conceito de trajetória dependência, em diferentes campos da ciência, para tal nos valeremos de autores como Douglas North e J. Knight para apresentarmos este conceito.

Um dos principais argumentos do institucionalismo histórico e, mais especificamente, de um dos seus ramos, a análise histórica comparativa[21], é o de que as escolhas realizadas no momento de formação das instituições e das políticas exercem um efeito de constrangimento

[21] Segundo Mahoney e Rueschemeyer (2003), a análise histórica comparativa é parte de um projeto intelectual de longa tradição orientado para a explicação de resultados (outcomes) substantivamente importantes. Ela pode ser entendida como um ramo do neoinstitucionalismo histórico e seria definida por sua preocupação com a análise causal, por sua ênfase na temporalidade dos processos, e pelo uso sistemático e contextualizado de comparações entre casos (MAHONEY; RUESCHEMEYER, 2003, p.6-11).

sobre o seu futuro desenvolvimento em razão da tendência inercial das instituições que bloquearia ou dificultaria subsequentes mudanças. Este conceito cabe como uma luva na determinação da política nacional de saúde bem como seus processos de implantação institucional.

Segundo Peters, “escolhas feitas quando uma instituição está sendo formada, ou quando uma política está sendo iniciada, terão uma contínua influência amplamente determinante [...] no futuro” (PETERS, 1999, p.63 *apud* GAINS; JOHN; STOKER, 2005, p.25). Seja através da normatização legal e/ou através da configuração das instituições para atender determinada política. Dessa maneira, uma vez que se tenha adotado uma trajetória específica, seria necessário um grande esforço ou até mesmo um choque externo para alterar a direção e o curso das instituições em momentos posteriores. Nesta linha, as instituições podem ser vistas como:

a) instituições como regras do jogo. Por exemplo, no contexto da economia, North usa o conceito (econômico neoclássico) de uma instituição como 'regras do jogo' (ou 'solução para um problema') e a diferencia de indivíduos ou organizações que são os jogadores do jogo (North, 1990; 2005). Ele combina-o com o conceito de dependência da trajetória quando ele descreve como as instituições podem ser mudadas e que elas só podem ser alteradas de forma incremental quando os atores dos mesmos interesses constroem organizações para atingir seu objetivo de mudar uma instituição (organizando assim um interesse comum para um grupo mudar uma regra do jogo que eles jogam); e,
b) instituições políticas em ciência política. Na ciência política, Pierson afirma que "cada instituição é dependente da trajetória" e usa isso para transferir o conceito de dependência da trajetória para a teoria neoinstitucional usual em Ciência política (Pierson, 2000). Para não esticar o conceito de dependência da trajetória demais, Arrow (2000) usa a notação de dependência da trajetória para "padrões de custo e benefícios, de modo que os atores racionais preferem manter o *status quo*, mesmo que uma alternativa possa fornecer maiores retornos agregados no longo prazo "(p.175).

Nesse contexto, ele usa uma interpretação econômica de uma situação possivelmente dependente da trajetória referente a "atores racionais" que tomam decisões com base na sua estrutura de preferência de ponderar os custos de transição e argumenta que esse conceito (econômico) não pode ser aplicado a todas as instituições políticas formais, pois pode ser dito

que os atores políticos nem sempre decidem totalmente racional quanto às definições econômicas.

O que esses argumentos têm em comum, além de usar uma compreensão econômica da dependência da trajetória, é que todos se concentram na "instituição" tentando descobrir se é uma *path dependence* ou não. Assim, eles tentam descobrir se uma instituição pode ser descrita como um "*lockin*". E, portanto, o conceito de dependência da trajetória pode ser aplicado. Para esta tese, mais orientada para o processo, cada instituição é o resultado de um processo de institucionalização. Mas também assume os conceitos expostos anteriormente; intituições como regra do jogo e instituições políticas.

Ainda o conceito de dependência da trajetória, lembra David (1985, 2000), se opõe a uma compreensão intuitiva de causalidade histórica, e propõe o abandono do que Pierson (2004) chamou de uma visão fotográfica e imediatista da vida política em favor de estudos de horizonte temporal mais longo que situam as variáveis e os momentos particulares de análise numa sequência de eventos e processos que se estendem ao longo do tempo. O de pronto se afina no tipo de avaliação proposta por esta pesquisa.

1.3 **O conceito de *path dependence* (dependência da trajetória)**

Como visto, a dependência da trajetória explica como o conjunto de decisões que se enfrenta para qualquer circunstância é limitado pelas decisões tomadas no passado, mesmo que circunstâncias passadas possam deixar de ser relevantes (Liebowitz; Margolis; Stephen, 1995).

Na economia e nas ciências sociais, a dependência do caminho pode se referir aos resultados em um único momento no tempo ou aos equilíbrios de longo prazo de um processo. Em uso comum, a frase implica: que "a história é importante" - um conceito amplo, ou que amplificações previsíveis de pequenas diferenças são uma causa desproporcional de circunstâncias posteriores. E, na forma "forte", que esse atraso histórico é ineficiente (Mahoney, 2000).

O conceito de dependência da trajetória ou *path dependence* deve sua popularização aos trabalhos de Brian Arthur e Paul A. David, cujas análises se notabilizaram pelas críticas realizadas às premissas de eficiência da teoria econômica neoclássica. Baseando-se em

modelos estocásticos[22] não lineares. Arthur demonstrou que dentre duas ou mais alternativas não necessariamente prevaleceria a mais eficiente em condições de retornos crescentes, nas quais um aumento na aplicação de uma tecnologia, bem como um aumento na produção ou na distribuição de um produto, eleva os benefícios de uma maneira auto-reforçante (self-reinforcing way).

Em geral, segundo Arthur (1990), as atividades econômicas produzem retornos decrescentes de escala, i.e., dado um aumento na mesma proporção em cada um dos insumos, a produção cresce menos do que proporcionalmente, o que faz com que cada unidade adicional produzida seja proporcionalmente mais cara do que a anterior[23].

Assim, a dependência da trajetória é conceitualizada, como “processos baseados em eventos aleatórios e feedbacks positivos naturais” (ARTHUR, 1990, p.94), ou, nas palavras de David (2000, p.17), como "uma propriedade de processos dinâmicos contingentes não reversíveis, cujo conteúdo central se refere à ideia da história como um processo de ramificação (*branching*) irreversível", no qual os custos de transição para uma alternativa previamente descartada se acumulam com o tempo, tornando tal mudança cada vez menos provável por mais que a alternativa escolhida mostre-se menos eficiente que algumas das opções antes (ou ainda) disponíveis.

A esse respeito, Pierson lembra que na presença de feedback positivo, a probabilidade de novos passos na mesma trajetória aumenta com cada passo dado nessa trajetória. Isso porque os benefícios relativos da atividade atual comparados às opções anteriormente possíveis aumentam com o tempo.

Para colocar de uma maneira diferente, “os custos de transição para uma alternativa previamente plausível aumentam” (PIERSON, 2004, p.21). Aqui, portanto, a analogia mais próxima deixa de ser a física newtoniana, já que os legados do passado são reproduzidos como num modelo biológico de evolução em que as possibilidades de mudanças evolutivas são fortemente restringidas (*bounded*) a todo o momento pelo que já se encontra inscrito numa determinada carga genética que é o produto da história das espécies (DAVID, 2000,

---

[22] Um processo estocástico é não determinístico e tem origem em eventos aleatórios.

[23] Sob tais condições, verificadas em setores da economia baseados em recursos (agricultura, produção de bens e mineração), as atividades econômicas produzem um feedback negativo que leva a um ponto de equilíbrio previsível de preços e controle de parcelas do mercado pelas empresas. A esse respeito, um exemplo oferecido sobre a competição entre plantas de energia hidroelétricas e de carvão é ilustrativo de como retornos marginais decrescentes tendem a estabilizar a economia e a permitir a existência de uma situação de concorrência perfeita, já que qualquer grande mudança ou mesmo uma vantagem inicial por parte de uma empresa serão equilibradas pelas próprias reações que esses movimentos geram, sem que haja o predomínio de uma empresa (ou alternativa) sobre as outras.

1994) .

A dinâmica aqui se refere também a efeitos de coordenação, dados os incentivos para que todos adotem a mesma opção, mas há um elemento adicional, qual seja o de projeções sobre padrões esperados de uso do produto ou tecnologia que levam os indivíduos a adaptar suas ações de maneiras a contribuir para que aquelas expectativas se auto cumpram.

Nesse ponto reside o apoio às ações coordenadas entre o público e o privado, juntos, ambos poderiam tirar vantagens, por exemplo, do Complexo Industrial e Econômico da Saúde (CIES) e induzir uma política antí-cíclica no sentido de otimizar recursos do campo público e do privado (promovendo ganhos de qualidade e eficiência) a fim de gerar capital para mais investimentos o que também favoreceria os grupos de interesses do grande capital, i.e., favoreceria a todos do campo indo de encontro ao interesses comum.

Um exemplo no campo de saúde pode ser tomado ao examinarmos a proposta de implantação dos protocolos clínicos baseados em evidências tanto no setor público quanto no setor privado. Uma vez implantado, este pode até ser alterado, em face de novos conhecimentos e novos interesses, mas sua manutenção implacaria em maiores retornos, dada a otimização de recursos.

Nessa visão, a característica crucial do processo histórico, que gera a dependência da trajetória, é o processo de feedback positivo ou autorreforço. Assim, tanto Arthur quanto David concordam em suas análises que o mecanismo de retornos crescente seria uma condição necessária da *path dependence*, no que são rebatidos por outros autores como Arrow (2000, 2004) e Page (2006) que negam que o mecanismo de retornos crescentes seja necessário para a existência de processos dependentes da trajetória. No caso de análise do objeto em questão desta tese, o próprio arcabouço legal produzido pós CF88 age como processo auto-reforçador.

Arrow (2000, 2004) lembra que um dos primeiros estudos a encontrar evidências empíricas, confirmando a existência de processos dependentes da trajetória, foi a explicação de Veblen sobre a razão do desenvolvimento econômico da Alemanha ter ultrapassado o do Reino Unido, embora o caso alemão fosse o de um *latecomer*.

Segundo Veblen, o pioneirismo inglês tornou o país refém de bens de capital obsoletos, enquanto que a Alemanha, por ter se desenvolvido industrialmente, foi capaz de se utilizar de novas tecnologias mais eficientes. Seu argumento se focava no sistema de ferrovias e nas instalações de transporte de cargas e mercadorias nos portos para os quais os trens se dirigiam.

No Reino Unido, adotaram-se ferrovias de bitola estreita e foram construídos equipamentos para transportar a carga das ferrovias para os navios que se combinavam. Desenvolvimentos tecnológicos posteriores para as ferrovias mostraram-se mais eficientes e foram apropriados pelos alemães, mas o problema do Reino Unido era que "as várias partes do sistema eram complementares, de modo que todo o sistema teria que ser substituído ao mesmo tempo [...] e os ganhos que podiam ser obtidos com o uso da nova técnica não compensariam esse custo" (ARROW, 2000, p.175).

Nessa explicação existe dependência da trajetória porque o futuro curso do desenvolvimento inglês havia sido restringido pela escolha inicial de configuração do capital no início do processo de industrialização, mas o mecanismo explicativo chave é o de complementaridade somado ao alto custo fixo de instalação do capital, e não o de retornos crescentes[24]. Assim como o curso do futuro da PNS foi restringido pela escolha inicial de configuração da política costurada na constituinte.

Outro exemplo, no entanto, deixa ainda mais claro o argumento de Arrow, qual seja mesmo na ausência de retornos crescentes seria possível observar a existência de processos de dependência da trajetória, o que evidenciaria a não necessidade daquele mecanismo para a *path dependence*.

Arrow, a partir de uma visão economicista, se vale de uma das primeiras análises de David (1971) sobre o fracasso da adoção da colheitadeira mecânica no Reino Unido no século XIX para demonstrar que, mesmo com retornos constantes de escala e equilíbrio perfeitamente competitivo, a dependência da trajetória é possível. Segundo Arrow (2000, 2004), isso ocorre porque é a irreversibilidade de investimento, e não os retornos crescentes, que está na raiz da *path dependence*.

Embora o argumento desta tese se baseie em uma dependência de trajetória político-institucional essa visão de Arrow se mostra bastante condizente com a discussão proposta. Sendo claro que a troca da dualidade do campo da saúde por uma unicidade da política nacional de saúde levantariam custos que a priori não seriam atraentes nem para o setor público nem para o setor privado. Muito menos possíveis frente as conjunturas política, econômica e social do país. Neste sentido, no caso do campo da saúde no Brasil, a trajetória de dependência criada a partir do marco constitucional se explica de maneira mais adequada

[24] Mesmo sob retornos constantes, o alto custo de formação do capital ou, nas palavras de Arrow, a irreversibilidade do investimento, somado ao mecanismo de complementaridades criam, nesse caso, dependência da trajetória. O exemplo é ilustrativo também de como mais de um mecanismo explicativo pode explicar ao mesmo tempo a persistência e estabilidade de uma trajetória.

com base na estruturação complementar da rede constituída e pelo alto custo de manutenção das ações e serviços do que com base nos retornos crescentes.

Nesse bojo, Arthur afirma a esse respeito que "uma vez que eventos aleatórios selecionem uma trajetória particular, a escolha poderá tornar-se *locked-in* a despeito das vantagens das alternativas" (ARTHUR, 1990, p.92).

Dada a imprevisibilidade desses eventos contingentes, um mesmo processo que seja repetido assistirá, ainda que sob condições iniciais idênticas, ao prevalecimento de uma trajetória em algumas vezes e ao predomínio de alternativas diferentes em outras vezes, o que se explica, nas palavras de Arthur, pela influência de "pequenas perturbações em momentos críticos". Neste ponto reside a flexibilização da trajetória dependente imputada na política de saúde diante da sorte de interesses que incidem na condução da mesma. Percebeu-se neste estudo que este movimento é fomentado claramente pela binarização da ótica e das constantes interferências dos interesses privados, dos interesses partidários, dos interesses públicos estatais e, em menor grau pelo interesse público propriamente dito. E quase nada, controversamente como já foi dito, influenciada pelo interesse comum de todos os brasileiro e do Brasil.

David (1985) defende um argumento similar ao afirmar que acidentes históricos e fatores essencialmente aleatórios e transitórios são passíveis de exercer grande alavancagem em momentos de escolha chave.

Com base nesta afirmação, no campo da saúde examinaremos esses fatores normativos secundários que supostamente foram capazes de promover algum tipo de flexibilização na dualidade campo ao longo do período estudado por esta tese, afim de perceber qual a sorte de interesses que nortearam a política dual de saúde apesar da sua clara dependência de trajetória.

1.3.1 O debate na Ciência Política

No debate dentro da ciência política, Pierson (2000, 2004) foi um dos autores responsáveis pela introdução e popularização do conceito de dependência da trajetória. Valendo-se das obras seminais de economistas como Brian Arthur e Paul David, Pierson identifica o conceito de *path dependence* com o mecanismo de retornos crescentes e com os processos de autorreforço ou feedback positivo associados à lógica de funcionamento desse

mecanismo, ao qual não só as tecnologias, mas também o desenvolvimento das instituições e políticas estaria sujeito.

Além disso, o autor salienta ainda, por um lado, a sensibilidade dos processos de desenvolvimento institucional aos momentos iniciais e primeiros eventos das sequências temporais e, por outro, a tendência inercial de reprodução dos arranjos institucionais, uma vez que eles tenham sido selecionados até uma situação de *lock-in*.

Segundo o autor, o conceito de dependência da trajetória se refere, assim, a "processos dinâmicos envolvendo feedback positivo, que geram múltiplos resultados possíveis dependendo da sequência particular em que os eventos se desenrolam" (PIERSON, 2004, p.20).

A análise se foca, portanto, em processos nos quais, depois de momentos formativos iniciais, uma opção de instituição ou política é escolhida e cada passo nessa mesma trajetória produz consequências que aumentam a atratividade relativa dessa dependência na próxima rodada, gerando um poderoso ciclo de autorreforço em que os custos de transição para alternativas aumentam consideravelmente com o tempo e tornam uma mudança radical ou reversão de curso cada vez menos provável.

Desse modo, os resultados institucionais ou de políticas obtidos nos estágios iniciais de uma sequência se retroalimentam e reforçam, de forma que resultados antes plausíveis deixam de sê-lo, prevalecendo, antes, um padrão de mudanças que se restringem a ramificações (*branches*) dentro da mesma trajetória. Situação que explica o porque apesar das fortes influências do capital na condução da PNS. Esta pressão não é suficiente para romper com a dualidade da política sacramentada pela CF88.

Situação que ocorre com o campo da saúde no Brasil após a redação da constituição de 88, onde podemos constatar as quatro características arroladas nos processos de feedback positivo indicados por Arthur, explicitadas a seguir.

Assim, citando Arthur, Pierson lembra que processos de feedback positivo teriam quatro características: 1) imprevisibilidade: dado a importância explicativa dos eventos iniciais (*early events*) é maior do que a de eventos posteriores na sequência de eventos, pois eles moldam decisivamente as trajetórias subsequentes que os eventos iniciais produzem grandes efeitos e são aleatórios, muitos resultados são possíveis e não se pode predizer a priori qual deles será selecionado; 2) inflexibilidade: quanto mais o processo avança, mais difícil é transitar da trajetória selecionada para outras alternativas; 3) não-ergodicidade: o efeito de eventos contingentes no início da sequência não é anulado, mas sim amplificado, com o passar do tempo; e 4) ineficiência potencial da trajetória: no longo prazo o resultado

final pode gerar menos benefícios do que uma das alternativas antes plausíveis no início da sequência.

Na arena política, segundo Pierson, quatro aspectos específicos aos processos políticos ausentes no âmbito econômico contribuiriam para a existência e prevalência de processos de feedback positivo: o papel central da ação coletiva; a alta densidade das instituições; as possibilidades de usar a autoridade política para aumentar as assimetrias de poder; e a complexidade e opacidade intrínsecas à política. Todos os aspectos presente na política nacional de saúde após a constituição.

Sem os mecanismos de correção dos mercados que podem levar a mudanças e ao abandono de escolhas que se provem ineficientes, o ambiente político estaria ainda mais sujeito do que a economia ao fenômeno da dependência da trajetória. Na política, as consequências das ações dos atores são altamente dependentes das decisões e ações de outros atores, o que gera uma necessidade de ação coletiva seja para obter bens públicos, para exercer influência política sobre o Estado na produção de leis ou mesmo para obter um resultado do tipo *winner-take-all*, como uma vitória eleitoral. O que pode ser claramente perceptível na analisa das normativas pertinentes ao campo da saúde no Brasil.

A ação coletiva, por sua vez, envolve muitas das qualidades conducentes a processos de feedback positivo. Uma razão central é a prevalência do mecanismo de expectativas adaptativas que, como argumenta Arthur, implica retornos crescentes. Além disso, muitos tipos de ação coletiva e formas de mobilização envolvem altos custos de investimento que também geram, como vimos, incentivos para que os atores permaneçam na mesma trajetória, dados os custos irrecuperáveis em que incorreram (*sunk costs*), aos quais se somam ainda efeitos de coordenação entre os atores que tendem a se cristalizar e reproduzir. Como resultado:

> ...dinâmicas de autorreforço associadas com processos de ação coletiva – especialmente altos custos de investimento, efeitos de coordenação e expectativas adaptativas – significam que as organizações terão uma forte tendência de persistir uma vez que sejam institucionalizadas. (PIERSON, 2004, p.34).

A densidade institucional da política, i.e., a existência de instituições e políticas formais sustentadas, em última instância, na possibilidade de uso da força pelo Estado, impõe constrangimentos de natureza compulsória sobre os atores que não encontram paralelos na economia e que, ademais, explicam também a maior presença de dependência da trajetória na política, para além das questões acima citadas referentes à lógica da ação coletiva.

Nos densos ambientes institucionais políticos, as instituições e políticas forçam os indivíduos e organizações a investir em habilidades particulares, a desenvolver e aprofundar relações com outros atores específicos e a criar identidades políticas e sociais características.

Ao fazerem isso, os atores incorrem em altos custos fixos e ficam sujeitos também a efeitos de aprendizagem, de coordenação e ao mecanismo de expectativas adaptativas, o que gera incentivos crescentes de permanência nos arranjos institucionais existentes aos quais se adaptaram e nos quais estão estruturadas as suas preferências e estratégias.

Pierson afirma, nesse sentido, que "atores sociais assumem compromissos baseados nas instituições e políticas existentes. Conforme eles os fazem, o custo de reverter o curso em geral aumenta dramaticamente" (PIERSON, 2004, p.35). Além disso, um terceiro aspecto do ambiente político levantado pelo autor como uma fonte de dependência da trajetória é a possibilidade de que a autoridade política seja utilizada para ampliar e reforçar assimetrias de poder.

Atores que detenham o poder podem utilizá-lo não só para alterar, em seu favor, as regras do jogo, i.e., instituições e políticas públicas, como ainda para mudar os arranjos institucionais para enfraquecer seus adversários. Essas mudanças "podem resultar em adaptações que reforçam essas tendências, na medida em que atores indecisos, fracamente comprometidos ou vulneráveis se juntam aos vencedores ou abandonam os perdedores" (PIERSON, 2004, p.36).

Na literatura de Relações Internacionais, o exemplo mais conhecido dessa fonte de dependência da trajetória é o argumento do "efeito dominó", segundo o qual à medida que um Estado aumenta seu território e força, i.e., suas capacidades relativas de poder, os outros Estados ficam mais inclinados a se sujeitar à sua ascensão ou então são derrotados se não o fizerem (JERVIS, 1991, 1997).

Por fim, uma última fonte de dependência da trajetória específica à política diz respeito, segundo Pierson, à complexidade e opacidade intrínsecas ao funcionamento do universo político. O autor afirma que atores que operam em contextos sociais de alta complexidade e opacidade, como o ambiente político, filtram e agregam novas informações de uma maneira enviesada, em favor de mapas mentais prévios de que já disponham.

Em outras palavras, eles incorporariam apenas as informações que confirmassem e reforçassem seus mapas mentais e visões de mundo já estabelecidos, descartando as informações dissonantes. Segundo Pierson, o desenvolvimento de uma compreensão social básica pelos indivíduos envolve altos custos fixos e efeitos de aprendizagem, o que gera um

processo de feedback positivo em que a tendência é a de reproduzir mapas mentais previamente estabelecidos em momentos posteriores.

No âmbito de atuação dos grupos ocorreria um processo similar, na medida em que as ideias seriam compartilhadas entre seus membros de modo a criar externalidades de rede (efeitos de coordenação) e expectativas adaptativas. Em suma, para Pierson o elemento central de um processo histórico que gera dependência da trajetória é o feedback positivo engendrado pelo mecanismo de retornos crescentes. Assim, cada passo sucessivo na mesma trajetória aumenta as chances de que uma instituição ou política particular seja repetida e/ou tenha ampliada a magnitude de suas manifestações subsequentes.

Hacker (2002) desenvolve um argumento semelhante, afirmando que processos de dependência da trajetória são comuns na política porque, em primeiro lugar, uma política cria ou encoraja a criação de organizações de larga escala com substantivos custos de instalação; em segundo lugar, uma política direta ou indiretamente beneficia grupos organizados de tamanho considerável; em terceiro lugar, uma política incorpora compromissos de longa duração sobre os quais beneficiários e aqueles em torno deles estruturam decisões organizacionais e de vida cruciais; em quarto lugar, as instituições e expectativas que uma política cria é por necessidade densamente entrelaçadas com as características mais amplas da economia e sociedade, criando redes interligadas de instituições complementares; e em quinto lugar, características do ambiente dentro do qual uma política é formulada e implementada tornam mais difícil reconhecer ou responder a resultados de políticas que não são antecipados ou desejados (HACKER, 2002, p.55 *apud* HOWLETT, 2009, p.248-249)[25].

No entanto, assim como no debate dentro da economia, alguns autores têm chamado atenção para outros mecanismos explicativos desencadeadores de processos de *path*

[25] Mahoney (2000), por sua vez, salienta ainda outros possíveis mecanismos de reprodução das instituições. Além das explicações utilitárias predominantes na economia, segundo as quais os atores escolhem racionalmente por reproduzir as instituições porque os benefícios virtuais da transformação são superados pelos custos, e das explicações que salientam um mecanismo de poder, i.e., quando as instituições e políticas fortalecem um grupo da elite que utiliza então seu diferencial de poder para reforçá-las, Mahoney aponta dois outros possíveis mecanismos de reprodução de sequências marcados por retornos crescentes. Em primeiro lugar, uma instituição pode ser reproduzida porque serve a uma função específica para um determinado sistema. Nesse tipo de explicação funcionalista, as consequências de um sistema são entendidas com as causas de sua reprodução e autorreforço. Assim, uma instituição desempenha alguma função em um sistema, o que causa a sua expansão que, por sua vez, aumenta a sua habilidade de desempenhar tal função, o que gera ainda mais expansão institucional até que, eventualmente, ocorre um processo de consolidação institucional, ainda que alternativas sejam potencialmente mais funcionais (MAHONEY, 2000). Por outro lado, Mahoney também aponta que o autorreforço institucional pode estar assentado nas orientações e crenças intersubjetivas dos atores sobre o que é considerado apropriado ou moralmente correto. Nesse tipo de explicação, a reprodução de uma instituição ou política acontece porque os atores consideram-nas legítimas e, assim, optam voluntariamente por sua continuidade. Nesse tipo de explicação "a instituição que é inicialmente favorecida [por um evento contingente] estabelece um padrão de legitimidade; essa instituição é reproduzida porque é vista como legítima; e a reprodução da instituição reforça sua legitimidade" (MAHONEY, 2000, p.524).

dependence. Além disso, existem também divergências sobre o tipo de sequências temporais consideradas dependentes da trajetória e sobre o papel que eventos contingentes teriam nessa explicação.

Consonante com as explanações anteriores, a ideia deste trabalho consiste, no "frigir dos ovos" promover um debate, fundamentado no neoinstucionalismo e na *path dependence* que permita apresentar em outras bases a discussão do interesse comum (que encontrasse implícita nas relações público-privadas no campo da saúde). Sendo assim, neta direção, o conceito que sustentará a argumentação desta tese também estará pautado no conceito de campo segundo Bourdieu.

1.4 **O Conceito de Campo**

O conceito de campo é um dos conceitos centrais na obra de Pierre Bourdieu e é definido como um espaço estruturado de posições onde dominantes e dominados lutam pela manutenção e pela obtenção de determinados postos. Dotados de mecanismos próprios, os campos possuem propriedades que lhes são particulares, existindo os mais variados tipos, como o campo da moda, o da religião, o da política, o da literatura, o das artes, o campo da saúde e o da ciência. Todos eles se tornam microcosmos autônomos no interior do mundo social (THIRYCHERQUES, 2006).

A estrutura do campo é como um constante jogo, no qual, cientes das regras estabelecidas, os agentes participam, disputando posições e lucros específicos. A elaboração da teoria geral dos campos por Bourdieu está relacionada, de certa forma, à influência de Weber que aplicou em outros domínios conceitos retirado da esfera econômica. Ao observar o trabalho deste pensador, Bourdieu afirma ter se encontrado diante de propriedades gerais, válidas para vários campos.

Ressalta, entretanto, Bourdieu (1989, p.68) que "(...) em vez de ser a transferência que está na origem do objeto [...] é a construção do objeto que a fundamenta". A teoria dos campos é, assim, construída, de acordo com Bourdieu (1989), a partir de generalizações que vão sendo pouco a pouco efetuadas. Sempre que empreendemos o estudo de um campo particular descobrimos características que lhe são específicas, mas que podem, ao mesmo tempo, ser valiosas na análise do funcionamento de outros campos. Bourdieu coloca, entretanto, que a esfera econômica não é um modelo fundador da teoria dos campos, mas sim

apenas um exemplo de um campo. Tendo em vista a existência de leis invariantes em certos campos, como o da política e o da religião, o autor vê a possibilidade de um projeto de uma teoria geral dos campos.

Portanto, os campos são resultados de processos de diferenciação social, da forma de ser e do conhecimento do mundo e o que dá suporte são as relações de força entre os agentes (indivíduos e grupos) e as instituições que lutam pela hegemonia, isto é, o monopólio da autoridade, que “concede o poder de ditar as regras e de repartir o capital específico de cada campo” (BOURDIEU, 1984, p.114). neste sentido, este conceito de campo faz mais sentido (para autora) na interpretação do arranjo de atores e instituições na área da saúde do que os conceitos de sistema ou setor que mais usualmente aparece nas pesquisas.

Todas as lutas internas ao campo envolvem a distribuição e posse de um capital específico. A luta ocorre entre aqueles que pretendem assumir posições e aqueles que desejam mantê-las (Araújo, 2009). O campo, apesar de ser um espaço estruturado, é um espaço de luta, de subversões, no qual dominantes e dominados, de acordo com forças diferentes e segundo as regras constitutivas desse espaço, disputam a posse de lucros específicos. "Universo da mais pura ciência é um campo como qualquer outro, com suas relações de força e monopólios, suas lutas, estratégias, interesses e lucros." (Bourdieu, 1983, p. 123)

Um campo só se torna um aparelho, afirma Bourdieu referindo-se ao conceito elaborado por Althusser, quando cessam as lutas. Em determinadas circunstâncias os campos se transformam em aparelhos, quando a resistência dos dominados é anulada e a luta constitutiva desse espaço não mais existe. A essência do campo e da história é a luta dialética, a transformação, os embates. O que pode ser percebido no locus da saúde.

Reforça-se, por estas razões, esta tese defende a conceituação de campo de Bourdieu para a saúde seja mais adequada do que as definições de sistema e setor. Acreditamos que estas definições guardam semelhanças com o plano físico e excluem os jogos de poder que disputam e conformam a política da saúde[26].

Essa percepção advém da gradativa formação de estruturas autônomas e homólogas, com alto grau de coesão interna, tendentes a um modelo isomórfico que privilegia os valores e os mitos presentes nos respectivos contextos institucionais, legitimando-os e privilegiando-os, inclusive, com base nos cânones da eficiência técnico-empresarial. Isso caracteriza um padrão de comportamento que não se ajusta adequadamente ao conceito de "setor", no contexto deste

[26] Embora, seja possível localizar na maior parte da literatura produzida pela saúde coletiva a saúde como uma área ou setor.

estudo, visto que o mesmo deriva da visão das organizações como economias singulares, inseridas em setores industriais (SELZNICK, 1948).

De acordo com esse pressuposto, a simultaneidade dos princípios de divisão internos nas instituições segundo os quais se organizam os conflitos, as controvérsias, as competições e os limites historicamente determinados - está integrada à visão de campo e de poder simbólico de Bourdieu.

Quanto à ambiência do campo, esta é caracterizada por Heidegger e Merleau-Ponty (BOURDIEU, 2000, p.60), segundo os quais:

> " (...) os agentes sociais e os próprios dominados encontram-se unidos no mundo social, mesmo no mais repugnante e revoltante, por uma relação de cumplicidade padecida que faz com que certos aspectos desse mundo estejam para além ou aquém do questionamento crítico. Por meio dessa relação obscura de adesão quase corporal é que se exercem os efeitos do poder simbólico".

Isso quer dizer que o efeito perverso, que faz com que alguém possa se abstrair em relação ao seu próprio interesse, evidencia que a lógica da ação coletiva e a lógica da ação individual não representam a mesma coisa (BOUDON, 1979).

Em outras palavras, o simbolismo presente na noção de campo permite compreender os relacionamentos entre o que é interno e o que é externo, cumprindo funções sociais externas, especialmente, de legitimação de uma ordem social, pelo simples fato de obedecer a uma lógica própria. Denominada por Bourdieu (2001) de "*habitus*", essa lógica própria, por sua vez, pode ser influenciada pelo tipo de relações entre posições no campo, visto que estas conformam uma "estrutura estruturada e estruturante" que fornece as regras práticas para a sua ação, ao reproduzir as estruturas sociais e responder pelo polo da ação.

Portanto, Bourdieu concebe o campo social como um ambiente de distintas e desiguais formas de poder, configurando um campo de forças e de lutas construído pela ação de agentes que se enfrentam com meios e fins diferenciados, segundo posições relativas em espaços de relações. O pressuposto é o de que "cada campo desenvolve valores particulares com base em princípios de regulação próprios, que delimitam um espaço socialmente estruturado no qual os agentes lutam, dependendo das posições que ocupam no campo, seja para mudar, seja para preservar seus limites e forma" (VIEIRA e MISOCZKY, 2001, p.10).

1.4.1 O Campo da Saúde

Na saúde, pautado nesse conceito de Bourdieu, o campo pode ser considerado tanto um ‘campo de forças’, pois constrange os agentes nele inseridos, quanto um ‘campo de lutas’, no qual os agentes atuam conforme suas posições, mantendo ou modificando sua estrutura, trata-se ainda de um campo complexamente hierarquizado de saberes, práticas e agentes. Segundo Vilarinho (2004) o grau de complexidade do campo da saúde fica evidenciado em face da propensão ao conflito entre os atores que o integram, manifestado pela acelerada organização de novas entidades, públicas e privadas, tais como as associações de classe dos médicos, as de defesa do consumidor, e o controle social, que contribuem para uma redistribuição do sistema de forças que interagem no setor.

A partir da perspectiva de Bourdieu visamos compreender a lógica específica que está na origem da constituição do campo burocrático como espaço autônomo em relação à saúde. Para isso, se faz necessário o entendimento da gênese do Estado Brasileiro, e, desse modo, compreender a gênese de um campo em que as lutas políticas são travadas em torno da apropriação de um recurso particular que é o universal, mas ao mesmo tempo é comum.

Bourdieu (2001) define o campo político como um campo de lutas simbólicas, no qual os "profissionais da representação - em todos os sentidos do termo - se opõem a respeito do outro campo de lutas simbólicas", com base em um "poder de delegação, pelo qual o mandatário recebe do grupo o poder de fazer o grupo", constituindo-se numa pessoa ficta que "faz sair do estado de indivíduos separados o que ele pretende representar, permitindo-lhes agir e falar, através dele, como um só homem. Em contrapartida, ele recebe o direito de se assumir pelo grupo, de falar e de agir como se fosse o grupo feito homem".

1.4.1.1 A composição do campo da saúde

O campo da saúde é constituído pelo campo da saúde pública (SUS), pelo campo da saúde suplementar (SS), pelas instituições de formação e pelo complexo econômico e industrial da saúde (CEIS); e por diversos outros atores movidos por paixões e interesses. Órgãos de defesa do consumidor e o controle social, por exemplo, que não estão circunscritos à esfera da CEIS, mas são atores relevantes no campo da saúde.

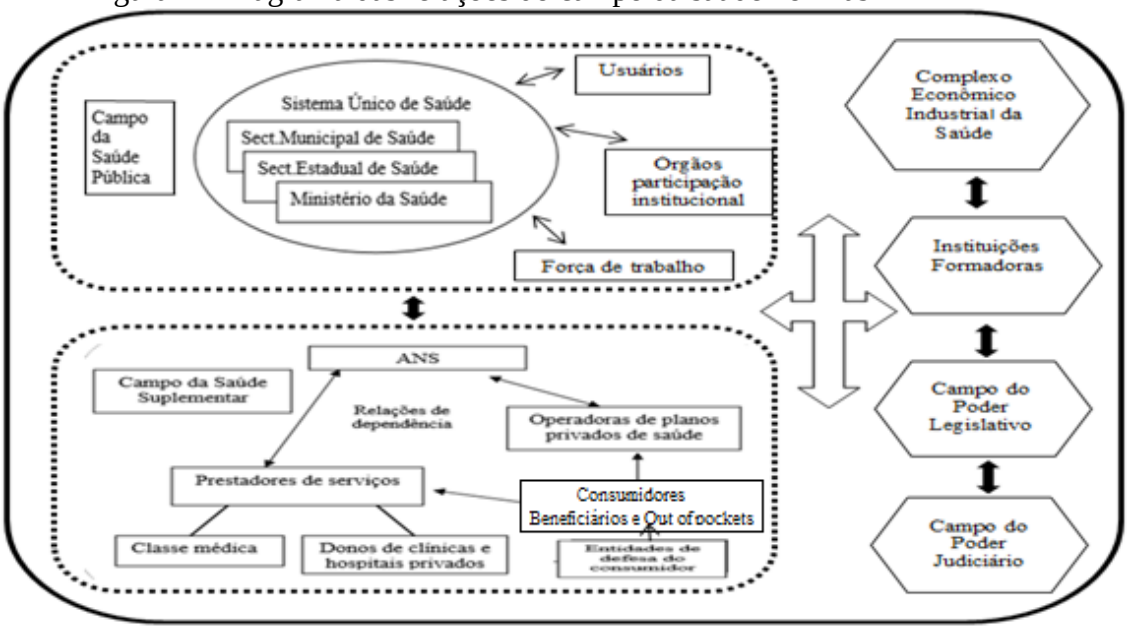
Por sua vez, o campo da saúde pública (SUS) é composto pelos prestadores de serviços de saúde públicos, quer seja federal, estadual ou municipal, pelos prestadores privados conveniados com o SUS (inclusive os hospitais filantrópicos), pelas organizações sociais de saúde, pelas fundações de saúde.

Cabe dizer que as instituições de formação na área da saúde também compõem o campo da saúde e influenciam e são influenciada pelos arranjos assumidos pelo campo da saúde na sua face pública e privada. Igualmente, o Complexo Econômico e Industrial da Saúde (CEIS) opera tanto no interior do campo da saúde pública quanto no campo da saúde suplementar. O que evidencia a intensidade da imbricação das duas faces no campo da saúde.

A concepção e o campo da saúde pública enquanto SUS é abrangente, incluindo o individual e o coletivo, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os campos e fazendo todos os atores envolvidos com a vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição, saúde da pessoa portadora de deficiência e todos os procedimentos: consultas, Exames, urgências, internações, cirurgias, transplante, UTI, etc. (Carvalho, 2013).

A partir desta descrição podemos perceber que o público e o privado da saúde estão intimamente relacionados e interdependente em sua configuração enquanto campo da saúde. Abaixo, apresenta-se um diagrama que intenta representar as relações existentes no campo da saúde:

Figura 2 - Diagrama das relações do campo da saúde no Brasil



Fonte: Elaboração própria.

O campo da saúde suplementar por sua vez compreende um conjunto de 1.076 operadoras de planos de saúde, cerca de 229.951 prestadores de serviços: hospitais,

consultórios e congêneres; com cerca de 80 milhões de vínculos, com uma taxa de cobertura de 36,1 % somados os beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia, mais os beneficiários em planos privados exclusivamente odontológico, girando no total recursos da ordem de R$ 161 bilhões (ANS, 2017)[27]. É um mercado bastante concentrado, na medida em que 11 operadoras (1,3% do total) detêm cerca 46% dos beneficiários, sendo que a maior taxa de cobertura se encontra na região Sudeste (36,7%), principalmente, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro.

A segmentação das operadoras obedece a seguinte tipologia: as medicinas de grupo, as cooperativas médicas, as autogestões e as seguradoras. Cada uma tem suas regras específicas de organização e funcionamento, sendo que algumas, a exemplo das Santas Casas de Misericórdia, podem ter fins lucrativos ou não. Já, a segmentação dos planos privados de saúde está divida em dois grandes grupos: por contratante e por tipo de contrato. No primeiro, estão os contratos coletivos, os coletivos por adesão e os individuais; enquanto no segundo grupo são encontrados os contratos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos, odontológicos, fora o grande número de combinações entre estes.

No Brasil, a percepção, pelo governo federal, de que a ampla liberdade de mercado dos serviços privados de saúde pode ter concorrido para a formação de oligopólios - pelos fortes indícios de cartelização do setor -, prejudicando outros segmentos da economia e constituindo um perigoso fator de desequilíbrio no tecido social do país, ensejou a criação de uma entidade reguladora que se mantivesse relativamente equidistante do poder federal, das empresas concessionárias, das classes profissionais e dos consumidores dos planos de saúde, visando constituir uma zona de equilíbrio entre forças desiguais, com interesses tão distintos e sobretudo, em defesa do interesse público.

Entretanto, levando em conta o *continuum* dos setores sociais, é oportuno posicionar o ambiente da saúde suplementar no conceito de "campo", na medida em que as organizações que o integram tendem a se institucionalizarem, adotando regras, desenvolvendo competências e padrões de comportamento similares e próprios do seu contexto (SELZNICK, 1996).

Assim no país, a evolução do campo da saúde suplementar se deu a partir de reações de segmentos sociais às ações do Estado direcionadas para a universalização do acesso à saúde. A avaliação é a de que os eventos que efetivamente contribuíram para a formação do campo foram os seguintes:

---

[27] Dados disponíveis na sala de situação do site da ANS: http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao.

a) o início da industrialização do país, a partir da década de 1950, no governo de Juscelino Kubitscheck, com a institucionalização do parque produtivo por corporações estrangeiras que contrataram assistência privada para seus empregados, à semelhança de suas matrizes, visando garantir a produtividade de suas operações. Tal prática se propagou para outros setores, como algumas categorias de servidores públicos, estimulando a formação das primeiras organizações voltadas para a prestação de serviços privados de saúde;
b) o Decreto-lei nº 200, instituído pelo governo militar de 1964, que viabilizou, em termos constitucionais, a contratação de empresas médicas para a implementação de programas e projetos de responsabilidade do Estado, estimulando a atividade empresarial na medicina, diante da preferência do governo pela contratação de convênios com empresas médicas, fomentando, com recursos públicos, o crescimento do parque privado de prestação de serviços de assistência à saúde;
c) a recessão econômica da década de 1980, surgida no bojo da segunda crise do petróleo, em 1979, que acarretou a retração nos pagamentos dos convênios com empresas médicas, dando margem a que as organizações médicas, já consolidadas financeira e estruturalmente, passassem a fornecer diretamente seus serviços a indivíduos ou empresas;
d) a outorga da Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde como um direito universal da cidadania e dever do Estado, configurando um novo ator, o Sistema Único de Saúde (SUS), de fortíssima carga simbólica, ao qual coube gerir uma política una e integrada de saúde, descentralizando o financiamento da prestação dos serviços médicos, e, igualmente, estimulando as empresas médicas a também passarem a vender serviços à rede pública de saúde.
e) e a reforma do aparelho administrativo do Estado, formulada e implementada na década de 1990, que resultou na regulação do campo da saúde suplementar, pela Lei nº 9.656, além da institucionalização da ANS, com a Lei nº 9.961, instrumentos de intervenção direta do Estado no meio privado de assistência à saúde, com o objetivo de garantir tanto o equilíbrio e a solvência econômica do mercado quanto os direitos dos consumidores de planos privados de saúde.

Quanto aos atores, a pesquisa considera responsável pelo atual desenho do campo da saúde suplementar:

a) a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que tem o papel de regular o campo - com poderes auferidos pela legislação -, sua estrutura operacional de fiscalização com abrangência nacional, a independência administrativa e financeira, propiciada pelo sistema de mandato dos seus diretores e pela captação de taxas específicas das operadoras de planos de saúde, para o suporte financeiro às suas atividades;
b) as operadoras de planos privados, que têm o papel de estruturar a prestação sistêmica dos serviços de saúde, contratando redes de assistência para o atendimento aos seus clientes. Nesse sentido, o poder desse ator está na sua estrutura organizacional, ampla e presente em toda a federação, assim como no poderio econômico que viabiliza eficiente *lobby* junto ao Poder Legislativo;
c) os prestadores de serviços de assistência à saúde, que englobam a classe médica e as clínicas e hospitais de diagnóstico-terapêuticos, efetuando o atendimento aos detentores de planos de saúde, posteriormente remunerados pelas operadoras. O poder deste ator está na sua organização em conselhos e associações, na bancada formada por donos de clínicas e hospitais no Poder Legislativo e nos códigos de caráter ético, que brandem contra as operadoras e médicos contratados por estas; e
d) os consumidores de planos de saúde, que ainda não se estruturaram em sociedades civis para tratarem de questões lesivas aos seus direitos, mas que contam com entidades externas, como o Poder Judiciário, o Poder Executivo (através do PROCON) e sociedades civis de caráter privado (como o Idec) que atuam cada qual na sua esfera de competência, no sentido de salvaguardar direitos prescritos no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos privados de saúde.

Contudo, a partir de uma perspectiva histórica mais ampla, o estudo sugere que outros atores, ao longo da história, igualmente contribuíram para a construção do campo, como é o caso:

a) do governo federal, que, na busca pela universalização do atendimento à saúde, fomentou, em diferentes ocasiões, o surgimento e a expansão do setor privado,

tanto pela contratação das emergentes empresas médicas, quanto pela abertura de linhas de financiamento subsidiado, voltadas ao seu crescimento estrutural, como ocorrera na década de 1920, com a Lei Eloy Chaves e o Decreto nº 5.109, que expandiram a prestação de serviços médicos via contratação de terceiros. No regime militar, através do Plano de Ação para a Previdência Social (PAP) e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Na década de 1990, com a reforma do aparelho administrativo do Estado, que redefiniu o seu papel de regulador, garantidor de direitos sociais e promotor da competitividade, segundo a visão de que o espaço público é mais amplo do que o estatal;

b) das corporações multinacionais estrangeiras, que, no início da industrialização do país, na década de 1950, estimularam a formação das primeiras entidades de prestação de serviços médicos, financiando, com recursos próprios, a contratação de médicos e a estrutura de atendimento interno nas fábricas, para prover diretamente assistência à saúde dos seus empregados, semeando um tipo de procedimento que se estendeu aos dias atuais, tal como se verifica atualmente pela existência das autogestões e dos convênios e contratos de organizações privadas com empresas médicas;

c) das próprias organizações de serviços médico-hospitalares, que souberam aproveitar as fases de parceria com o Estado, e, que quando esta se rompeu, nos anos 1980, por conta da recessão macroeconômica verificada ao longo da década, migraram sua estratégia, recursos gerenciais e estrutura de atendimento para os consumidores privados, individuais e empresariais;

d) da classe médica, que diante da consolidação das empresas prestadoras de serviços médicos inúmeras oriundas do setor financeiro - restritivas do caráter liberal do profissional de medicina, soube se organizar, seja através de operadoras de planos de saúde (caso da Unimed) concorrendo no mercado em igualdade de condições - , seja pelo fortalecimento de uma estrutura normativa e de representação, com a adoção de normas de conduta e de contratação do trabalho médico, como também pela atuação do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB).

Os mitos, valores e crenças institucionalizados no campo da saúde suplementar foram identificados e correlacionados de acordo com a posição dos atores no campo, na visão de Bourdieu (2001), dentre os quais ressalta o valor da saúde como prevalente sobre os demais.

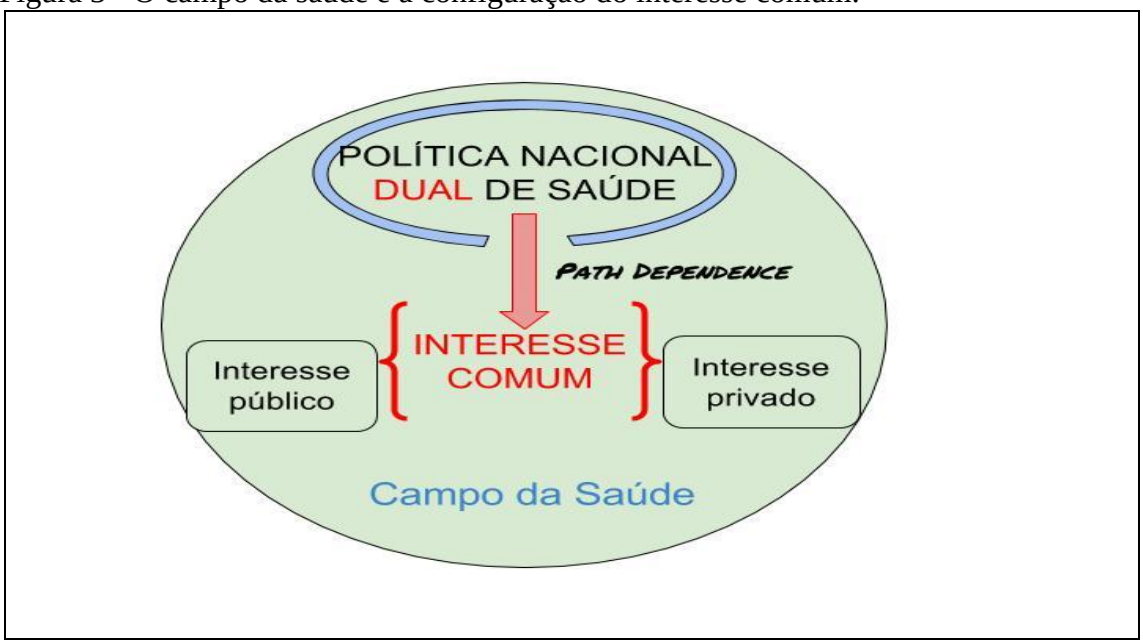
Sempre associado a uma categoria de direito inerente à sobrevida do homem, é um dos fundamentos da República, cláusula pétrea no artigo 5º da Constituição Federal, com força tal que, na hipótese de um possível conflito de valores, como entre contratos de natureza econômica e a manutenção da vida, esta prevalecerá, afastando o mito do *pacta sunt servanda*, do direito contratual romano. O valor social da saúde também é fortemente utilizado pela classe médica, que o aplica contra as operadoras de planos de saúde como instrumento de legitimação de seus interesses econômicos, em sintonia com os interesses dos consumidores.

O valor da caridade também é muito visível no campo, principalmente, no âmbito das entidades filantrópicas caso das Santas Casas de Misericórdia - que, mesmo quando comercializam planos de saúde, têm o poder de assegurar tratamento diferenciado nos benefícios fiscais; embora, quando ameaçadas nesses interesses, reajam com a mesma intensidade das sociedades comerciais.

Deste modo, ressalta-se assim que no campo da saúde ocorrem embates entre as esferas pública e privada, que ao se materializarem em instituições acabam por reforçar sua interdependência, e que o reconhecimento desta realidade poderia ser indutor da busca pelo bem comum. Mas na prática não é bem isto que acontece.

Essa interdependência no campo da saúde imposta pela política dual de saúde sacramentada na constituição e os interesses em jogo, serão então abordadas de forma mais ampla no capítulo 4 desta tese que discorrerá sobre o contexto das influências, contudo para fins didáticos, a seguir na figura 3 estas relações encontram-se representadas:

Figura 3 - O campo da saúde e a configuração do interesse comum.



Fonte: Elaboração própria.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se, portanto, de um estudo de caso descritivo-exploratório de natureza qualitativa que foi realizado por meio de uma revisão de literatura onde foram utilizadas as técnicas de análise documental e bibliográfica. A ideia central deste trabalho consistiu, como já foi dito, em fazer uma análise da dinâmica da relação entre o público e o privado na política dual de saúde brasileira no decorrer dos governos Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Roussef à luz da legislação e da sua configuração na prática (produção, acesso, gasto). Buscou-se com este propósito verificar se a condução da política foi direcionada pelo interesse comum de todos os brasileiros ou esteve mais subjugada aos interesses públicos estatais e/ou aos interesses privados/partidários.

Então, cabe ressaltar que esta tese olha para o desenvolvimento da política de saúde nacional de forma distinta do que foi encontrado na literatura da saúde coletiva produzida até então. Esta opção foi tomada pela autora em razão de que as explicações dadas pelas referidas pesquisas anteriores não parecem considerar que de fato a partir da Constituição de 88 a política de saúde nacional foi legitimada como dual. Além deste motivo, foi considerado – diante desta dualidade – que a condução da relação público-privada na saúde deveria ter sido norteada pela busca do bem-estar comum, e não a partir dos interesses somente públicos ou apenas privados advogado pela dualidade impregnada da ótica binária pós-moderna. No entanto, o que se percebeu a partir da extensa revisão de literatura é que a produção localizada não operam suas análises considerando este prisma.

Deste modo, o intuito foi demonstrar que não só outro olhar é possível para exame do desenvolvimento da política nacional de saúde, mas também que esta maneira de analisar a política admitindo frontalmente sua dualidade parece mais oportuna para pensar o devir da política de saúde brasileira, principalmente frente ao contexto nacional atual.

Tomando o Admirável Mundo Novo de Huxley como referência, as pessoas internalizam as ideias que lhes são passadas como verdades por meio da repetição, afinal "(...) sessenta e duas mil repetições formam uma verdade".

Assim apesar do texto constitucional ser genérico na questão da saúde ele deixa claro que o SUS não será o único sistema de saúde**.** Todavia, o desejo e referencial teórico produzido ao longo da redemocratização e da nova república nos remete a outras leituras, nos remete sempre a ideia de que o SUS ainda vai alcançar a universalidade, a unicidade e a integralidade pretendida pela Reforma Sanitária Brasileira. Infelizmente, discordamos de que

haja essa possibilidade, diante do contesto legal firmado até então.

Logo, diversamente, nesta tese optamos por vislumbrar a questão sob um ponto de vista diferente, escolhemos tomar a dualidade do campo da saúde não como algo que pode acontecer, mas como uma questão que sempre acompanhou o SUS.

Desta maneira, este novo modo de enxergar o desenvolvimento da política pretende partir da ótica do neoinstitucionalismo e da dependência da trajetória dual da saúde no Brasil para examinar e explicitar os caminhos e descaminhos da política na observância do interesse comum de todos os brasileiros.

Uma característica de qualquer ciência, e, portanto das ciências sociais, é a disputa entre as várias perspectivas de explicação dos seus problemas específicos. Tanto ao longo do tempo quanto num mesmo período, há maior ou menor dissenso sobre a abordagem teórica mais apropriada para se adotar. Sendo assim, um requisito para qualquer analista é se situar entre a variedade de propostas disponíveis.

Para o estudo das políticas públicas, especificamente, temos naturalmente uma variedade de perspectivas de análise, cada qual buscando se firmar perante as outras. Sem pretender aprofundar o tema dessas disputas, esta tese se fundamentará em alguns pressupostos básicos da perspectiva neoinstitucionalista (Institucionalismo Histórico), porém situando-a no debate teórico mais geral.

Então, para dar conta do objeto além da consulta da literatura sobre a política nacional de saúde produzida por autores do campo da saúde coletiva na plataforma Bireme/BVS (como descrita mais adiante) foi necessário recorrermos a autores neoinstitucionalistas (North, Taylor, Hall, Pierson, Przeworski, Skocpol, Kay, Peters, Rhodes, Binder, Rockman, David, Arthur, Mahoney, Arrow, Page, Hacker...), e outros autores do campo da Sociologia, Filosofia, da Ciência Política e da Economia; tais como Bourdieu, Foucault, Bobbio, Negri, Hardt, Olson, Douglas,Pierson, etc. Este conjunto de autores selecionados para sustentar esta tese representa a fuga das explicações binárias e a pretensa incorporação dos aspectos positivos da pluralidade nas contribuições da ótica neoinstitucionalista que se buscou fazer ao longo desta pesquisa.

Acrescenta-se que para realização e organização deste estudo, a metodologia de análise da PNS na temporalidade em questão foi organizada pautada pela análise de ciclos políticos de Ball (1992). A metodologia de Ball foi escolhida para sistematização deste trabalho porque se contrapõe aos métodos tradicionais de avaliação do ciclo de políticas, como por exemplo, o modelo Donabediano (Dobedian, 1990), e busca compreender o movimento único de cada política a ser estudada, por intermédio da identificação de seus

elementos constituintes e da compreensão da interação impar destes elementos em sua específica conjuntura histórica (Baptista & Rezende, 2011).

A metodologia de Ball é pautada em *policy cycle approach* ou "abordagem do ciclo de políticas". Essa abordagem foi formulada pelo sociólogo inglês Stephen Ball e por colaboradores (Bowe; Ball; Gold, 1992; Ball, 1994a) e vem sendo utilizada em diferentes países como um referencial para analisar a trajetória de políticas sociais e educacionais (Corbitt, 1997; Vidovich, 1999; Walford, 2000; Looney, 2001; Kirton, 2002; Vidovich & O'Donoghue, 2003; Lopes, 2004).

Desse modo, com base em Foucault, Ball explica que as políticas podem tornar-se "regimes de verdade". Na prática, os atores estão imersos numa variedade de discursos, mas alguns discursos serão mais dominantes que outros.

A princípio, Ball & Bowe (1992) tentaram caracterizar o processo político, introduzindo a noção de um ciclo contínuo constituído por três facetas ou arenas políticas: a política proposta, a política de fato e a política em uso. A primeira faceta, a "política proposta", refere-se à política oficial, relacionada com as intenções não somente do governo e de seus assessores, departamentos e burocratas encarregados de "implementar" políticas, mas também intenções das instituições, autoridades locais e outras arenas onde as políticas emergem. A "política de fato" constitui-se pelos textos políticos e textos legislativos que dão forma à política proposta e são as bases iniciais para que as políticas sejam colocadas em prática. Por último, a "política em uso" referia-se aos discursos e às práticas institucionais que emergem do processo de implementação das políticas pelos profissionais que atuam no nível da prática.

Logo em seguida, porém, Stephen Ball e Richard Bowe romperam com essa formulação inicial porque a linguagem utilizada apresentava certa rigidez que eles não desejavam empregar para delinear o ciclo de políticas. Para eles, há uma variedade de intenções e disputas que influenciam o processo político e aquelas três facetas ou arenas se apresentavam como conceitos restritos, opondo-se ao modo pelo qual eles queriam representar o processo político.

Estes autores propuseram então um ciclo contínuo constituído por três contextos principais: o contexto de influência, o contexto da produção de texto e o contexto da prática. Esses contextos estão inter-relacionados, não têm uma dimensão temporal ou sequencial e não são etapas lineares. Cada um desses contextos apresenta arenas, lugares e grupos de interesse e cada um deles envolve disputas e embates (Bowe *et al*.,1992). Desse modo, a autora

verificou que dadas as questões que afetarm a formulação e a condução da PNS esta abordagem proposta por Ball para bastante oportuna.

O primeiro contexto é o contexto de influência onde normalmente as políticas públicas são iniciadas e os discursos políticos são construídos. É nesse contexto que grupos de interesse disputam para influenciar a definição das finalidades sociais da saúde e do que significa ser saudável. Atuam nesse contexto as redes sociais dentro e em torno de partidos políticos, do governo e do processo legislativo. É também nesse contexto que os conceitos adquirem legitimidade e formam um discurso de base para a política.

O discurso em formação algumas vezes recebe apoio e outras vezes é desafiado por princípios e argumentos mais amplos que estão exercendo influência nas arenas públicas de ação, particularmente pelos meios de comunicação social. Além disso, há um conjunto de arenas públicas mais formais, tais como comissões e grupos representativos, que podem ser lugares de articulação de influência. Os trabalhos mais recentes de Ball contribuem para uma análise mais densa das influências globais e internacionais no processo de formulação de políticas nacionais.

Segundo ele, a disseminação de influências internacionais pode ser entendida, pelo menos, de duas maneiras. A primeira e mais direta é o fluxo de ideias por meio de redes políticas e sociais que envolvem (a) a circulação internacional de ideias (Popkewitz, apud Ball, 1998), (b) o processo de "empréstimo de políticas" (Ball 1998) e (c) os grupos e indivíduos que "vendem" suas soluções no mercado político e acadêmico por meio de periódicos, livros, conferências e "*performances*" de acadêmicos que viajam para vários lugares para expor suas ideias etc. A segunda refere-se ao patrocínio e, em alguns aspectos, à imposição de algumas "soluções" oferecidas e recomendadas por agências multilaterais (World Bank e outras). O World Bank é particularmente importante uma vez que as intenções do banco só podem ser entendidas como uma instância ideológica de promoção de um sistema mundial integrado com as linhas de mercado (Jones, *apud* Ball, 1998). Ao lado do World Bank, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a OMS, a OPAS, a UNESCO e o Fundo Monetário Internacional (FMI) podem ser considerados agências que exercem influência sobre o processo de criação de políticas nacionais. Tais influências, no entanto, são sempre recontextualizadas e reinterpretadas pelos Estados-nação. Vários estudos mostram que há uma interação dialética entre global e local. Mostram ainda que a globalização promove a migração de políticas, mas essa migração não é uma mera transposição e transferência, pois as políticas são recontextualizadas dentro de contextos nacionais específicos (Robertson, 1995; Ball, 1998a e 2001; Arnove & Torres, 1999). Desse

modo, a globalização está sempre sujeita a um “processo interpretativo” (Edwards et al., 2004, p. 155).

Para construção deste contexto foi realizada consulta livre sobre o assunto saúde e governo PTs nas diversas mídias sociais, desde o uso da comunicação impressa organizada como a Revista Carta Capital, a Revista Piauí, o Jornal Valor Econômico, os manifesto das associações da área (CEBES, ABres e Abrasco) e movimentos sociais do setor até vídeos e textos publicados nas redes sociais. Também integra a composição do contexto de influência do SUS os relatórios das agências internacionais publicados no período de 2003-2017.

O contexto de influência tem uma relação simbiótica, porém não evidente ou simples, com o segundo contexto, o contexto da produção de texto. Ao passo que o contexto de influência está frequentemente relacionado com interesses mais estreitos e ideologias dogmáticas, os textos políticos normalmente estão articulados com a linguagem do interesse público mais geral, ou deveriam estar. Os textos políticos, portanto, representam a política.

Essas representações podem tomar várias formas: textos legais oficiais e textos políticos, comentários formais ou informais sobre os textos oficiais, pronunciamentos oficiais, vídeos etc. Tais textos não são, necessariamente, internamente coerentes e claros, e podem também ser contraditórios. Eles podem usar os termos-chave de modo diverso. A política não é feita e finalizada no momento legislativo e os textos precisam ser lidos com relação ao tempo e ao local específico de sua produção.

Entende-se que os textos políticos são o resultado de disputas e acordos, pois os grupos que atuam dentro dos diferentes lugares da produção de textos competem para controlar as representações da política (Bowe *et al.*,1992). Assim, políticas são intervenções textuais, mas elas também carregam limitações materiais e possibilidades.

Para dar conta dessa empreitada, a representação do contexto da produção de texto sobre a temática levantada por esta tese, fez uma extensa análise documental e de literatura, onde foram analisados os Programas de Governo do PT (1990, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014); a Carta aos Brasileiros; os discursos de posse (dos dois mandatos) do presidente Lula, da presidenta Dilma e dos sete Ministros da Saúde que estiveram a frente da pasta durante o governo PT (Humberto Costa, Saraiva Felipe, Agenor Álvares, José Temporão, Alexandre Padilha, Arthur Chioro e Marcelo Castro). Foram vistos também os quatro Planos Nacionais de Saúde que vigoraram no governo PT (PNS 2004-2007, PNS 2008-2011, PNS 2012-2015, PNS 2016-2019) e as legislações produzidas pelo legislativo e pelo executivo, por exemplos; emendas, leis complementares, medidas provisórias e as muitas portarias produzidas pelo executivo.

Sendo assim com o propósito de evidenciar as interferências polarizadas na condução da política de saúde desde a sua formulação no campo das disputas/ideias (contexto das influências), sua constituição textual traduzida em leis (contexto da produção de texto) e a materialização destas em ações que conformaram o campo da saúde nos últimos anos (contexto da prática), optamos tomar como *cases exemplificadores*, a saga do financiamento da saúde do país e os rumos da regulação da saúde; a fim de lançar luz nos fios condutores, dada à extensa normativa do campo da saúde.

Para consulta da literatura acadêmica produzida sobre essa temática foi utilizado a plataforma BIREME/BVS. É importante ressaltar que a plataforma BIREME agrega vários bancos de consultas (LILACS, IBECS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, Scielo entre outros) e por esta razão é considerada uma plataforma fundamental para realização de busca nesta temática. Foram realizadas ainda buscas particularizadas em livros que abarcam a temática produzida recentemente.

Este levantamento procurou além de perceber as nuances publicadas em literatura da política nacional de saúde sob os governos PTs, também dimensionar a produção científica nas principais plataformas de dados voltados para saúde disponíveis virtualmente. A escolha dos descritores fundamentou-se no catálogo DeCS e foi feita para dar conta de levantar uma base de dados sobre o sistema público de saúde e o sistema privado, bem com sua relação nos anos em que o país fora governado pela democracia recente sob o julgo da esquerda (central). Nesse sentido, optou-se pelos seguintes descritores: Sistema Único de Saúde, Saúde Suplementar, Relação Público-Privada, Economia da Saúde e Política Nacional de Saúde. A metodologia de busca consistiu em seguir certos passos para que os dados fossem levantados da mesma maneira em todos os bancos de forma a padronizar e homogeneizar o processo de coleta de dados e ainda tornar a pesquisa reproduzível.

Os fichamentos dos textos relevantes foram organizados em forma de notas para melhor aproveitamento durante o processo de escrita da tese de doutorado e o que também tem permitido criar um banco virtual de fichamentos desses textos selecionados que podem servir em outras pesquisas e ainda para outras pessoas. Nesse sentido, o objetivo dessa revisão de literatura também foi a montagem e a democratização de um banco sobre a política dual de saúde brasileira a partir de 2003.

Observou-se que todos esses textos produzidos que tratam do campo da saúde sob a perspectiva da saúde coletiva não destacam as implicações da instauração da política dual de saúde de forma a se aterem a interpretação das consequências dessa dualidade diante da dependência da trajetória e do interesse comum dos brasileiros. O que justificou a necessidade

de tomarmos outros autores, tais como os neoinstitucionalistas, os "*path dependence*" e Bourdieu para analisar a questão sobre outro enfoque.

Assim, após o exame da normativa sobre esta nova perspectiva, as consequências e implicações destas verificadas materialmente dentro do terceiro contexto foram materializadas no contexto da prática.

De acordo com Ball e Bowe (Bowe *et al.*, 1992), o contexto da prática é onde a política está sujeita à interpretação e recriação e onde a política produz efeitos e consequências que podem representar mudanças e transformações significativas na política original. Para estes autores, o ponto-chave é que as políticas não são simplesmente "implementadas" dentro desta arena (contexto da prática), mas estão sujeitas à interpretação e, então, a serem "recriadas".

Desse modo, o contexto da prática foi analisado nesta pesquisa a partir dos números produzidos pela saúde no Brasil. Foram verificados os números oficiais, mas também os números gerados pelo mercado. A consulta foi realizada no TABNET, na RFB, no IBGE, World Bank (WB), na Organização Mundial da Saúde (OMS), no site da ANS e no Portal da Transparência Pública e nos sites das associações privadas. Por sua vez, os dados referentes ao dispêndio das famílias com bens e serviços públicos e/ou privados foram retirados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003; 2008-2009[28]. Em relação aos dados da regulação da saúde suplementar, estes foram subtraídos do site da ANS. Foram priorizados nesta análise os dados sobre Gastos do Setor Saúde e os números do acesso à saúde no país. Estes indicadores foram escolhidos a fim de se identificar a ampliação da participação dos interesses de certos grupos privado a despeito dos interesses comuns. Esta etapa do trabalho pretendeu elucidar através da análise dos gastos do setor e do acesso o contexto da prática conforme a metodologia de Ball (1992). A partir dosw cases do financiamento e da regulação da saúde.

Desse modo, optamos por utilizar as divisões apresentada pela Metodologia de Ball porque estas nos sugerem que a análise de uma política deve envolver o exame (a) das várias facetas e dimensões da política de saúde e suas implicações (por exemplo, a análise das mudanças e do impacto do direcionamento dos governos PTs no setor saúde) e (b) das interfaces da política com outras políticas setoriais, principalmente com a política econômica e com as diversas políticas focais sociais e também com o conjunto das políticas.

[28] Com um atraso de três anos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) iniciou somente em 2017 a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). A última POF foi realizada em 2009. A POF tem que ser realizada de cinco em cinco anos, mas a que deveria ter sido a edição mais recente, em 2014, não foi colocada em campo por falta de recursos do IBGE.

Nesse bojo, a evolução do comportamento da política dual da saúde durante os governos dos trabalhadores, principalmente, foi contada por essa tese em sete capítulos que almejaram dar cabo ao objetivo desta pesquisa. No primeiro capítulo estão presentes os pressupostos que condicionam a discussão sobre o tema da pesquisa. Nele ainda constam o objetivo geral e os objetivos específicos e a justificativa do estudo. O segundo capítulo aborda as referências teóricas dos principais conceitos trabalhados nesta tese: busca pelo bem-estar comum (interesse comum da multidão), neoinstitucionalismo, *path dependence* e campo da saúde. Nesta terceira parte desta tese, estão descritas as estratégias metodológicas que norteou a pesquisa em função do alcance dos objetivos propostos por esta.

A quarta secção faz a exposição do contexto da influência evidenciando o jogo de influências e interesses que atravessam o desenvolvimento da política dual de saúde no Brasil e prejudicam a busca do interesse comum no campo da saúde.

O quinto capítulo, referente ao contexto da produção de texto, traz um exame da normativa produzida tanto pelo legislativo quanto pelo executivo (Ministério da saúde e ANS) a fim de se verificar se estas incidiram negativamente na implantação da política dual de saúde impactando no interesse comum das multidões. Nesse capítulo será explicitada a linha do tempo dos governos democráticos onde as normativas produzidas para o setor saúde dos governos decorrem também de um institucionalismo histórico e dependente do marco normativo inicial que legitimou a política de saúde no Brasil como dual (CF88).

O sexto capítulo, por sua vez, apresenta o desenvolvimento dessa política dual em números, na prática, onde são confrontados os indicadores de produção, acesso, estrutura e gastos do público e do privado no campo da saúde. E por fim, no último capítulo discorremos sobre as considerações finais a cerca dos questionamentos levantados por esta tese.

3 O CONTEXTO DA INFLUÊNCIA NA CONDUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE (2003-2015): O JOGO DE INTERESSES NA CONCRETIZAÇÃO E NA MANUTENÇÃO DA DUALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

"Nesta Conferência está se tratando é de criar um projeto nacional que não pretende excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços, na construção da saúde do povo brasileiro".
(Sérgio Arouca, em 1986 ao falar na 8ª Conferência Nacional da Saúde)

No campo da saúde, evidenciou-se desde a década de 70 um conflito[29] no que se refere às políticas sociais, entre diferentes projetos em disputa: o da Reforma Sanitária com seus princípios inscritos na Constituição de 1988, e o vinculado ao mercado e a lógica privatista - influenciado pelas orientações neoliberais - também representados na constituição. Durante os 28 anos da política nacional dual de saúde esse "cabo de guerra" se apresentou de diversas formas e com várias nuances, ora pautado mais pelo interesse público ora norteado pelo interesse privado ora pautado também pelo interesse público estatal.

Essa assertiva considera que o levantamento histórico da formação dos Estados, do estudo das maneiras de como enfrentam os desafios internos e externos com que se defrontam, pode dimensionar a capacidade de implementação de políticas dos funcionários estatais e dos políticos. Constata ainda que estruturas e processos políticos influenciam identidades, metas e capacidades políticas de grupos politicamente ativos. Propõe, pois, explorar como os fatores políticos e sociais se combinam para afetar as identidades sociais e capacidades dos grupos envolvidos no jogo político. Em terceiro lugar, aponta que as características das instituições governamentais, dos sistemas partidários e das regras eleitorais afetam o grau de sucesso político que qualquer grupo ou movimento pode alcançar, na medida em que possibilitam, ou vetam o acesso dos grupos às decisões públicas. Essa capacidade de se atingir metas políticas não depende, portanto, apenas da autoconsciência e recursos de mobilização dos grupos, mas também das oportunidades relativas que as instituições políticas

[29] "Conflito" pode ser definido como contradição ou luta de princípios, propostas ou atitudes, enquanto "interesse" significa a participação pessoal numa situação qualquer e a dependência que dela resulta para a pessoa interessada. Por conseguinte, conflito de interesses pode ser representado como uma contradição de propostas e princípios em uma situação ou ação da qual participam indivíduos ou grupos e que resulta em algum vínculo para com os mesmos (Abbagnano, 2007).

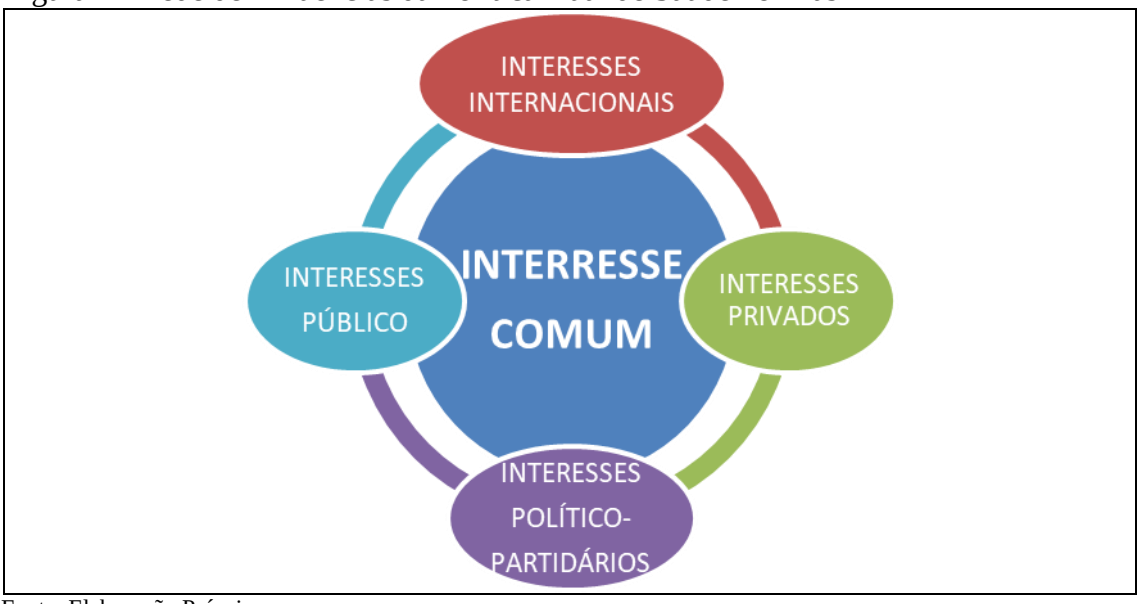
oferecem a certos grupos e negam a outros[30]. Finalmente, em quarto lugar, sustenta que políticas adotadas anteriormente reestruturam o processo político posterior. "Como a política cria políticas, estas também reelaboram a política" (Skocpol, 1995, p. 58).

Assim, cabe acrescentar aqui, que a condução da política nacional de saúde embora tenha tido algum grau de insulamento pelo Estado, acentuando deste modo os interesses públicos estatais (fruto tanto da mão direita quanto da mão esquerda do Estado); esta também vem sendo afetada pela influência de outros grupos de interesses na formatação do campo da saúde e no direcionamento do "pendão" da dualidade da política brasileira[31]. Estes grupos são constituídos pelos interesses internacionais (tanto no campo político-social quanto no econômico) e pelos interesses político-partidários.

Dessa maneira, o presente estudo observou que o movimento gerado a partir destas tensões em disputa pode ser percebido tanto na observação da rede de interesses e influências que configuram o campo da saúde, quanto na normativa produzida desde o marco constitucional (como está descrito no capítulo do contexto da produção de texto).

Abaixo se apresenta uma representação dessa rede de influências que incidiram na configuração da política dual brasileira. Todas atuam na constituição do campo da saúde e estão em certa medida (dada a *path dependence* e do institucionalismo histórico) atreladas a consubstanciação do interesse comum de todos em manter o equilíbrio (financeiro/político) e a eficiência de um campo de saúde que dê conta dos brasileiros e do Brasil.

Figura 4 - Rede de Influências da Política Dual de Saúde no Brasil



Fonte: Elaboração Própria.

[30] Um bom exemplo da capacidade analítica de tal proposição é encontrado em Immergut (1996).

[31] Empurrando a dualidade mais aos interesses públicos ou mais aos interesses privados.

Nesse bojo, este capítulo, a partir da visão do Institucionalismo Histórico[32], tem como objetivo principal de focalizar a partir do Estado, as influências e interesses que estiveram em voga durante o processo de desenvolvimento da política (dual) de saúde no Brasil a partir do marco constitucional, buscando contribuir para a compreensão dos principais problemas que marcam a condução da política no momento atual.

Sendo assim, o fio condutor da discussão que norteia esta tese baseia- se também na trajetória temporal (dependente) da política de saúde dual brasileira, de forma que o ponto de partida deriva da constatação de que o campo da saúde no Brasil é constituído por muitos interesses e influências que afetam as relações entre os atores que se integram ao vasto campo da saúde como um todo. Relações estas, dinâmicas, que impactam e ao mesmo tempo sofrem impacto do jogo de poder que disputa o projeto político da saúde no Brasil desde a Constituição.

Neste sentido, baseado em Menicucci (2007), a reforma da política de saúde, cuja expressão mais concreta foi a criação do SUS, caracterizou uma situação de ruptura e continuidade. Ruptura da lógica exclusiva do seguro para a afirmação da lógica da seguridade. Esta mudança, segundo a autora supracitada, foi possibilitada por um processo de redemocratização que se pautou na construção de um novo pacto social. E foi em meio à efervescência política e econômica da década de 80[33] que se constituiu esse novo marco legal.

Desse modo, a constituição de 88 foi fruto do jogo de poder e interesses que vigorava a época. E em consequência disto, também manteve uma continuidade dos padrões assistenciais no qual o foco da atuação governamental se dava nos setores de menor poder aquisitivo, além de preservar a ampla participação do setor privado na estruturação da política de saúde como um todo. Essa conjuntura contribuiu para corroer o ideário da reforma, antes mesmo que ela pudesse intentar ser universal como inscrito (controversamente) na Constituição. Assim, como pôde ser observada desde seu início, a dualidade do campo da saúde foi dependente da própria trajetória que se instaurou a partir desse marco normativo da saúde.

Adicionalmente, o modelo neoinstitucionalista nos releva o papel do Estado e chama a atenção para os interesses públicos estatais de seus servidores e gestores na explicação das políticas governamentais. Uma questão, no entanto, emerge dessa centralidade analítica que o papel da burocracia pública ganha, que é a dos fatores que influenciam as suas ações. Ao

---

[32] Porque a história importa. Vertente do Neoinstitucionalismo assumida nesta tese.

[33] Dada à crise nacional e a influência da nova ordem neoliberal que se instaurava no mundo.

buscar desenvolver essa questão, determinados autores neoinstitucionalistas retomam o papel explicativo das ideias na produção de políticas públicas. Como exemplo, *policymakers* aprendem com o sucesso ou insucesso das políticas anteriores e agem conforme o escopo de ideias que orientam a abordagem dos problemas com que se defrontam. Dentre os autores que enveredam por esse caminho está Peter Hall (1993), que, ao estudar a produção de políticas econômicas na Inglaterra, fornece interessantes elementos para explicação da ação da burocracia e contribui para o desenvolvimento do modelo neoinstitucionalista.

No campo da saúde, de acordo com o arcabouço teórico, de certa forma, as forças que tencionaram a construção do marco normativo (CF88), representativas dos diversos interesses em jogo, atrelaram o alcance do interesse comum por saúde (bem intangível) ao funcionamento articulado do campo público e do campo privado da saúde[34], e à um consenso contingente.

Certamente esse movimento não foi criado a partir da constituinte, mas foi na constituinte que os arranjos foram acertados e a dualidade do sistema de saúde foi sacramentada. Então, vejamos a seguir mais a miúde a disputa que se deu nesta arena política e que consolidou a interdependência da dualidade no campo da saúde.

3.1 **O Congresso Constituinte: O campo de batalha da Nova República**

Quando ocorrem mudanças de um regime político ditatorial para um regime democrático, a expectativa geral em qualquer sociedade é com relação à elaboração de um novo conjunto de leis capazes de expressar as novas aspirações e interesses da população que foram reprimidos e contidos durante décadas de governos militares.

A Constituição em vigor era a de 1967, ou seja, estava muito defasada diante das profundas transformações ocorridas na sociedade brasileira. Era preciso um novo pacto político e social. Nesse sentido, havia a necessidade proeminente de convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte, que se encarregaria da elaboração de uma nova Constituição para o país.

Surgiram duas propostas para o encaminhamento da Constituinte. A primeira delas, apresentada pelo governo Sarney, defendeu a ideia de que os parlamentares eleitos para o

[34] Mesmo que o desejo da Reforma Sanitária fosse por um SUS de fato único.

Congresso Nacional nas eleições de 1986 fossem considerados membros da Assembleia Nacional Constituinte. A Segunda defendia a proposta de uma eleição exclusiva para escolha de membros que se ocupariam especificamente da elaboração da nova Constituição. A proposta governamental saiu vitoriosa.

Convocada pela Emenda Constitucional nº 26 de 1985, a Assembleia Nacional Constituinte funcionou no período de 1º de fevereiro de 1987 a 5 de outubro de 1988, quando foi promulgado o texto constitucional.

A constituinte foi composta por 559 integrantes, destes 487 eram deputados e 72 senadores. Desses, 23 haviam sido eleitos em 1982 – ainda tinham, portanto, quatro anos de mandato. O PMDB – lotado de ex-arenistas e/ou pedessistas – fez a maior bancada, 298 deputados (53,3%), numa eleição em que o partido ganhou de lavada, no último suspiro do Plano Cruzado, elegendo 26 de 27 governadores. A segunda bancada, com 133 parlamentares, era a do PFL – O aliado da Aliança Democrática que levara à eleição indireta de Tancredo e Sarney, em 15 de janeiro de 1985. O PDS vinha em terceiro, com 38, seguido de: PDT (26); PTB (19); PT (16); PL (7); PDC (6); PSB (2); PCB (7); e PCdoB (7)[35].

Do total, 274 eram calouros, apenas 26 eram mulheres, e 217 tinham passagem pela Arena e/ou PDS, partidos de apoio à ditadura (1964-1985). A ideia média era 48 anos, e 486 (86,9%) tinham curso superior, a maioria bacharéis em direito (243) e médicos (49). Dois levantamentos dão ideia aproximada do perfil ideológico do Congresso Constituinte, de acordo com Carvalho (2017), a Folha de São Paulo afirmava que 32% eram de centro; 24% centro-direita; 23% centro-esquerda; 12% direita; 9% esquerda; enquanto a Semprel considerava 35% do campo liberal-conservador; 25% de direita; 21% liberal-reformista e 12% esquerda. Segundo esses levantamentos, a esquerda somava 32 constituintes contando apenas PT; PSB, PCB E PCdoB.

Determinado as peças, o movimento do jogo de xadrez iniciou-se e foi marcado por fortes disputas, do regimento à votação do texto produzido pela comissão de sistematização. Neste ponto vale lembrar que Hall (1993) nos alerta que o processo de aprendizado com as políticas anteriores pode tomar várias formas, dependendo dos tipos de mudanças envolvidos. Esta ressalva contextualiza os fatores e interesses que incidiram na construção desta constituição.

---

[35]Lista completa, em ordem alfabética, disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/legislacao/constituicoes_brasileiras/constituicao-cidada/constituintes.

Pelo regimento a Constituição seria feita, na primeira etapa, por oito comissões temáticas, cada qual com três subcomissões, nas quais os 559 constituintes se dividiriam, por indicação dos líderes partidários. Na segunda, as propostas decididas nas 24 comissões seguiriam para a Comissão de Sistematização, composta por 93 parlamentares. O projeto aprovado iria a plenário, em dois turnos de votação[36]. Essa proposta foi aprovada pela maioria, mas no meio do jogo, o PMDB deu um jeito de mudar as regras, em seu favor, é claro.

Pode se dizer que a constituinte, em sua primeira fase, embalada pelos ventos da redemocratização foi uma festa cívica. As comissões temáticas ouviram, em audiências públicas, perto de mil depoentes: de ministros a índios; de governadores a representantes de minorias organizadas; de sindicalistas a intelectuais da academia. Algumas comissões receberam comitivas de diversas regiões do país. A comitiva da saúde contava com cerca de mil pessoas. Cada segmento levando e querendo garantir a inclusão de suas reivindicações tornando a constituinte um verdadeiro campo de batalha sobre os rumos do Estado Democrático de Direitos que estava por ser construído (FALLEIROS & LIMA, 2008).

A Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente tinha a seguinte composição: Presidente José Elias Murad (PTB-MG); 1° Vice- Presidente: Fábio Feldmann (PMDB-SP); 2° Vice-Presidente Maria de Lourdes Abadia (PFL-DF); Relator Carlos Mosconi (PMDB-MG). A seguir descrevem-se os membros titulares por partidos:

a) PMDB - Paulo Macarini; Ronaldo Aragão; Alarico Abib; Borges da Silveira; Eduardo Moreira; Carlos Mosconi; Fábio Feldmann; Geraldo Alckmin; Joaquim Sucena; Jorge Uequed; Raimundo Rezende; Hélio Costa.
b) PFL - Francisco Coelho; Gandi Jamil; Julio Campos; Maria de Lourdes Abadia; Orlando Bezerra.
c) PDS - Adylson Motta; Cunha Bueno.
d) PDT - Floriceno Paixão.
e) PTB - José Elias Murad.
f) PT - Eduardo Jorge
g) PL - Oswaldo Almeida.
h) Os Suplentes foram:

[36] Comissões e subcomissões temáticas. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicoes-brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituinte.

i) PMDB - Mattos Leão; Abigail Feitosa; Albérico Filho; Carlos Sant'Ana; Fernando Cunha; Hilário Braun; Luiz Soyer; Milton Lima; Francisco Rollemberg; Raimundo Bezerra; Roberto Vital.
j) PFL - Jofran Frejat; Lúcio Alcântara; Pedro Canedo; Raquel Cândido; Mendes Thame.
k) PDS - Davi Alves Silva; Lavoisier Maia.
l) PDT - Nelson Seixas.
m) PTB - Francisco Rossi.
n) PT - Vitor Buaiz.
o) PL – Vago.
p) Secretário: Paulo Roberto de Almeida Campos[37]

Faz-se importante retratar essa composição, pois foi a partir da disputa de interesses destes grupos e suas representações que foi cunhado a política dual de saúde da Nova República, a qual estamos atrelados até dias atuais (como defende esta tese). Esta constatação ajuda a compreender as forças que imperaram na redação do texto constitucional e estabeleceram a dualidade do campo.

Durante a elaboração da nova Constituição, o conjunto das forças políticas que representavam diversos interesses da sociedade buscou defender suas prerrogativas. Ficou manifestado o surgimento de um conflito de interesses entre dois blocos ideológicos distintos. Um deles (representando os liberais) era contrário à intervenção estatal na economia, enquanto que o outro (representando as forças de esquerda) defendia a continuidade e ampliação da atuação reguladora do Estado. A autonomia do Estado estava a mercê das forças sociais e políticas, propicio assim segundo Hall (1993) a mudanças estruturais. Sendo assim, o Estado encontrava-se fragilizado e o terreno encontrava-se fértil para mudanças de terceiro grau.

Para Hall há três tipos distintos de mudanças nas políticas. As mudanças de primeira e segunda ordem são caracterizadas pelo autor como mudanças limitadas, compostas por ajustes rotineiros em políticas em andamento ou alteração de instrumentos para alcançar a mesma hierarquia de metas traçadas anteriormente. Com relação a essas duas ordens de mudanças, Hall considera a tese dos "teóricos do Estado" procedente, na medida em que a ação estatal é consideravelmente insulada das pressões pluralistas do sistema político. A mudança, nesses casos, é fruto, em grande medida, do aprendizado de técnicos e burocratas com as

[37] Todos os dados foram extraídos em http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicoes-brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituinte.

experiências passadas. A mudança de terceira ordem, no entanto, é mais profunda. Esse caso envolve tanto a mudança dos instrumentos de políticas, quanto das metas e do próprio sistema de ideias e padrões que orientam a abordagem da realidade pelos especialistas. Segundo ele, há aí uma mudança de paradigma, nos termos propostos por T. Khun[38].

Cabe ressaltar que, as discussões entorno destas profundas mudanças que se materializavam na Constituição do Estado Democrático de Direitos (mudanças de terceira ordem) que se construía naquele momento através da constituinte, eram pautadas por grupos de interesses, mas também sofriam influências das conjunturas nacional e internacional. Nacionalmente, a economia brasileira sofria uma grave crise sem precedentes na história republicana do país. À época foram lançados diversos planos de estabilização inflacionária, porém, nenhum deles obteve êxito, e o Brasil atravessava na economia a década perdida[39]. Internacionalmente, a crise dos créditos aos países em desenvolvimento e a crise do Welfare State, empurrava o mundo para ideologia neoliberal.

Estas influências se materializavam voto a voto na constituinte, proposta por proposta e na instância final, os grupos conservadores recuperaram o espaço que haviam perdido em muitas comissões da Assembleia Constituinte e, numa manobra política astuciosa, reuniram-se no chamado “Centro Democrático” ou “Centrão”, que contava com representantes do PMDB, PFL, PTB e PDS. Dizendo-se representantes da “vontade média” do povo brasileiro (representando a maioria), mudaram o regimento interno da Assembleia, para que, a partir de então, pudessem ser apresentadas emendas e até mesmo projetos de Constituição que não tivessem passado pela Comissão de Sistematização para votação. Com essa jogada o projeto prioritário para ir a plenário foi o do Centrão.

Na votação, o Centrão manteve a maioria em questões do interesse do governo (como os cinco anos de mandato e o presidencialismo, e em algumas outras na área econômica). No entanto, o que prevaleceu, segundo Carvalho (2017, p.24), “na maioria das 1.200 votações, foi empate em cima de empate”. Os chamados “buracos negros” foram resolvidos à custa de

---

[38] Kuhn, em seu livro As estruturas das revoluções científicas, São Paulo, Ed. Perspectiva, 1975, afirma que em cada momento do desenvolvimento das ciências há um conjunto de pressupostos e crenças que são compartilhadas pelos cientistas na definição dos problemas da investigação e na elaboração das teorias propostas para solucioná-los. Este quadro mental é provisório, no sentido de que quando os problemas internos a um paradigma são excessivos, coloca-se em dúvida a própria validade do paradigma adotado, implicando em sua substituição por outro.

[39] A década perdida refere-se à estagnação econômica vivida pela América Latina durante a década de1980, quando se verificou uma forte retração da produção industrial e um menor crescimento da economia como um todo. No Brasil, os anos 1980 trouxeram o final do ciclo de expansão vivido na década de 1970 (o chamado "milagre econômico brasileiro"). Tentativas de combater a crise econômica dos governos Sarney e Collor se mostraram frustradas.

conchavos e negociações, principalmente pelo colégio de líderes, em busca da maioria possível, que fizesse o processo andar. Todo esse jogo de conchavos mais a interferência (indevida) na constituição pela Comissão de Redação resultaram em um texto genérico que muitas das vezes não dá conta de resolver os impasses gerados pela normatização constituída (Carvalho, 2017).

No que tange a saúde, ao longo de 1987, durante os trabalhos da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Constituinte, quatro grupos de entidades foram convidados a se manifestar nas audiências públicas: as entidades estatais, como o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); as entidades patronais e prestadoras de serviços privados lucrativos ou filantrópicos, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação das Santas Casas de Misericórdia; as entidades dos trabalhadores, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), e as associações profissionais; e as entidades científicas e de ética, como a Fiocruz, o Cebes e a Abrasco.

A maioria dessas entidades apresentou considerações e propostas coerentes com a VIII CNS, enquanto as cooperativas médicas e a FBH, alinhadas com a prática liberal e a iniciativa privada, uniram-se contra a perspectiva de estatização do atendimento à saúde. O setor filantrópico (Santas Casas) aderiu às propostas estatizantes quando lhe foi assegurado um tratamento diferenciado dentro do setor privado (Rodriguez Neto, 2003).

Cumprida com êxito essa etapa na luta dos sanitaristas, o relatório aprovado na subcomissão foi apresentado como anteprojeto para a Comissão da Ordem Social da Assembleia Constituinte. O anteprojeto trazia a noção de seguridade social, que englobava saúde, previdência e assistência social, tal como proposto no documento da Comissão Nacional para a Reforma Sanitária. Contudo, para que o SUS não fosse levado a um comando orçamentário subordinado às áreas de seguridade e previdência, foi incluído o dispositivo definindo a cada área a gestão de seus recursos (que se tornaria o parágrafo 2o do art. 195, seção I, cap. II, da Seguridade Social).

O passo subsequente do texto constituinte foi a Comissão de Sistematização. Durante os trabalhos desta comissão, previa-se que a sociedade enviasse propostas de emenda constitucional – as emendas populares deveriam ter no mínimo trinta mil assinaturas para serem admitidas. A emenda popular apresentada pela Plenária da Saúde foi defendida por Sérgio Arouca então presidente da Fiocruz, contando com o apoio do PT, PCB, PC do B, Abrasco, Cebes, Conselho Federal de Medicina, CUT, entre outras entidades.

Da parte dos empresários, apenas uma emenda foi apresentada pela FBH, Abramge, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade, propondo a existência de um sistema privado autônomo e concorrente com o sistema público. Naquele contexto, essa emenda não foi incorporada ao texto sendo apenas apresentado à última etapa da Constituinte: o Plenário.

Nessa disputa, os deputados conservadores reuniram-se em torno do combate à "estatização" e defenderam os interesses dos setores hospitalares privados, da medicina de grupo, das cooperativas médicas e do setor liberal da medicina (Rodriguez Neto, 2003). O que evidencia que o interesse público que deveria ser representado pelos políticos foi deixado de lado em função da defesa dos interesses privados[40]. Para Rocha (2005, p.17) "A capacidade que uma política tem de buscar os seus objetivos depende das características das organizações políticas dentro das quais atuam".

Contudo, a partir da ótica da reforma sanitária, a ampla frente de forças políticas organizadas em torno da Plenária Nacional de Entidades de Saúde e o trabalho dos líderes dos partidos progressistas durante as negociações garantiram, de acordo com Rodriguez Neto (2003), os resultados positivos para a saúde na nova Constituição Federal, aprovada em outubro de 1988. Que segundo ele, embora o texto constitucional não fosse idêntico ao que os sanitaristas haviam levado à Assembleia, o essencial foi mantido: era dever do Estado a criação de um sistema universal de saúde, gratuito e de qualidade para todos os brasileiros, bem como a ordenação da formação dos trabalhadores para esse sistema. Ainda que nem tudo tivesse sido absorvido pelos constituintes, os pontos principais assim o foram, na avaliação da RSB[41].

Por outro lado, na avaliação de Bahia (2008), no embate de forças com o setor privado de saúde, a proposta de mudar as bases jurídico-legais dos contratos público-privados não se traduziu integralmente no texto constitucional. Faltou principalmente uma melhor definição da proposta de financiamento do Sistema.

Nesse jogo de poder, influências e interesses, o resultado foi uma solução negociada do artigo 199 da Constituição que define que a assistência médica à saúde é livre à iniciativa privada, podendo ela participar de forma complementar ao SUS, segundo diretrizes deste e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas

---

[40] Interesse este inclusive próprio, uma vez que um grande número de deputados eram médicos e de certa forma já estavam inseridos na dinâmica das cooperativas médicas e da venda de serviços.

[41] Reforma Sanitária Brasileira.

e aquelas sem fins lucrativos. Além disso, o artigo 227, parágrafo 1º, do capítulo VII, relativo à família, à criança, ao adolescente e ao idoso, abriu a possibilidade de o Estado promover conjuntamente com entidades não governamentais (ONGs) programa de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, o que para Rodriguez Neto (2003, p. 102) significa uma "clara contradição com a natureza e os princípios do Sistema Único de Saúde".

Todavia, houve consenso em torno de algumas questões fundamentais relacionadas com os direitos individuais, políticos e sociais. A Constituição de 1988, também chamada "Constituição Cidadã", instituiu um Estado democrático ao estabelecer extensas garantias aos cidadãos brasileiros[42].

Assim, no subcapítulo da saúde, apesar dos interesses e preocupações muitas vezes conflitantes, as forças progressistas aprovaram o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a ser implementado com a unificação, a democratização e a descentralização do sistema de saúde. Ampliaram e politizaram o conceito de saúde, compreendido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde; e aprovaram propostas relativas às bases financeiras do sistema, incorporadas posteriormente ao texto constitucional e um dos principais problemas que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentaria nas décadas de 1990, 2000 e 2010. Aqui se percebe que a intenção foi de fortalecer a autonomia do Estado mesmo com a prerrogativa de manutenção da mão invisível do mercado sob o campo da saúde no país.

De todo modo, do ponto de vista da reforma setorial, o SUS preconizou uma mudança estrutural no sistema de saúde em direção à universalidade e à eficácia, fazendo da atenção básica a porta de entrada de um sistema destinado a atender as necessidades da população. A descentralização e a consequente municipalização seriam as formas de viabilizar e aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, articuladas com os processos de regionalização e hierarquização dos níveis de atenção, ainda que com a participação do setor privado complementar ao SUS. Um modelo que, partindo da constatação dos limites das instituições públicas em atender determinadas demandas da população, complementaria a cobertura da atenção à saúde por meio da contratação do prestador privado, com prioridade para as entidades filantrópicas e as que não tivessem fins lucrativos.

---

[42] No que se refere aos direitos civis e sociais, é possível apontarmos as influências da Declaração Universal dos Direitos Humanos nos artigos constitucionais que tratam da liberdade individual e das garantias de condições sociais mínimas para que os cidadãos possam gozar de uma vida digna.

Nesse bojo, Levcovitz (1997), reafirma o carater insubstituível das políticas públicas de abrangência nacional e das agências federais na construção do sistema de proteção social, rejeitando, simultanêamente, as concepções anti-estatistas e as atomizadoras-localistas como alternativas para a organização do novo sistema de saúde, contudo admite que os efeitos inesperados ou adversos inibiram os avanços do projeto reformista.

Nesse ponto, fica claro que mesmo que tivéssemos outra intenção ao propor e acreditar na proposta cunhada pela reforma sanitária, frente à leitura da dependência de caminho produzida a partir da dualidade da política de saúde firmada na Constituição, o que de fato importa preservar nessa peleja é a busca do interesse comum da multidão.

3.2 **A influência do Neoliberalismo na composição do campo da saúde pós-constituição**

A crise global iniciada com a crise do petróleo, em 1973, e a onda inflacionária que se seguiu na década de 1980, levando ao declínio do Estado de Bem-Estar Social, associado ao colapso do socialismo real, simbolizado pela queda do muro de Berlim em 1989, permitiu uma ampla ofensiva do pensamento liberal, traduzido no projeto neoliberal deste final de século.

O neoliberalismo consiste em uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista, opondo-se fortemente a qualquer forma de planejamento da economia. Condena toda ação do Estado que limite os mecanismos de mercado, denunciando-as como ameaças à liberdade, não somente econômica, mas também política.

Para os teóricos neoliberais, tanto os vinculados à escola econômica austríaca que emergiu no final do século XIX e teve como principal discípulo, no século XX, Frederich Hayek, como os vinculados à escola de Chicago, cujo representante mais emblemático é Milton Friedman, a razão é incapaz de reconstruir a ordem social, portanto, o uso de qualquer forma de planejamento, na economia, seria consequência de um equívoco teórico, devendo-se permitir que a ordem espontânea do mercado se manifeste livremente.

Como para esses teóricos a conduta humana é determinada pelo conhecimento prático, por normas sociais advindas dos costumes e das crenças e pelo sistema de comunicação do mercado, a melhor sociedade seria aquela que funcionasse a partir das escolhas espontâneas dos indivíduos, na qual a existência de normas deve estar limitada à segurança pública e à manutenção da propriedade privada. Portanto, a essência do pensamento neoliberal baseia-se

na defesa do livre curso do mercado, colocando-o como mediador fundamental das relações societárias e no Estado mínimo como alternativo e pressuposto para a democracia.

Para os defensores do 'neoliberalismo', da mesma forma que a partir da década de 1940 determinados acontecimentos na economia global tinham alterado o contexto em que os Estados nacionais atuavam, exigindo uma ampliação das suas atribuições; a partir da década de 1970, os parâmetros de uma economia mundial globalizada estariam requerendo um novo Estado, mais eficiente e ágil, que se concentrasse nas tarefas básicas, necessárias à manutenção da ordem na sociedade. A mudança experimentada a partir da década de 1940 teria ocorrido, nos países centrais, para fazer frente às demandas do Estado de Bem-Estar Social e, nos países periféricos, para criar as condições estruturais e induzir o desenvolvimento econômico, necessário à expansão do capitalismo mundial.

O pensamento neoliberal foi singularizado no denominado receituário do Consenso de Washington, expressão que emergiu a partir do encontro realizado em novembro de 1989, na cidade de Washington, quando se reuniram funcionários do governo americano, especialista em assuntos latino-americanos, representantes dos organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns economistas liberais, com o objetivo de realizar uma avaliação das reformas econômicas empreendidas, nas décadas anteriores, nos países da América Latina. Neste encontro foram definidas as linhas de política macroeconômica, que iriam inspirar as reformas, denominadas neoliberais, as quais foram implementadas em grande número de países periféricos, como o Brasil, nas décadas de 1980 e 1990. As linhas básicas formuladas, no referido encontro, consistiam na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho, e no estabelecimento de uma taxa cambial realista.

Esse pensamento se constituiu em referência para governos que assumiram o poder em países centrais, como Margareth Thatcher, na Inglaterra, em 1979, e Ronald Reagan, nos EUA, em 1980, locais onde este pensamento se originou e de onde foi difundido (Hobsbawn, 1995). Contudo, o que se observou foi uma assimilação diferenciada dos pressupostos neoliberais, com radicalidade dos enunciados nos países periféricos, sem a mesma correspondência nos países centrais. Como descreveria Ha-Joon Chang (2002) em seu livro "Chutando as escadas" sobre a estratégia do desenvolvimento em perspectiva histórica.

No Brasil, o 'neoliberalismo' foi introduzido associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, e se

aprofundou nas décadas de 1990 e 2000. No primeiro caso, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas; no segundo, aprofundando esses aspectos e modificando substancialmente a estrutura do Estado por meio de ampla reforma, consubstanciada em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995). No referido documento foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então.

O movimento neoliberal defendia a tese de que a crise das décadas de 1970 e 1980 decorria do mau funcionamento do Estado, evidenciado na falta de efetividade, no crescimento distorcido, nos altos custos operacionais, no excesso de endividamento público e na incapacidade de se adequar ao processo de globalização em curso, que teria reduzido a autonomia e a capacidade dos Estados Nacionais para gerirem suas próprias políticas econômicas e sociais. Portanto, seria necessário que as sociedades aceitassem uma redefinição das responsabilidades do Estado, selecionando estrategicamente as ações que o Estado iria desenvolver e as que deixariam de executar. Esperava-se com isso reduzir as atribuições impostas ao Estado e fazer com que os cidadãos se envolvessem mais na solução dos problemas da comunidade.

O novo Estado, denominado ‘social liberal’, teria como principal função a regulação, a representatividade política, a justiça e a solidariedade, devendo- se afastar do campo da produção e se concentrar na função reguladora e na oferta de alguns serviços básicos, não realizados pelo mercado, tais como os serviços de educação, saúde, saneamento, entre outros. A implementação de reformas administrativas e gerenciais permitiria a focalização da ação estatal no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a área de atuação do Estado por meio de três mecanismos: a privatização (venda de empresas públicas), a publicização (transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não estatal) e a terceirização (compra de serviços de terceiros).

Para proceder às mudanças apregoadas no âmbito do projeto neoliberal, deveriam ser removidos os constrangimentos jurídico-legais, notadamente de ordem constitucional, que impediam a adoção de uma administração ágil, com maior grau de autonomia, capaz de enfrentar os desafios do Estado moderno.

No que tange às políticas sociais, para o pensamento neoliberal, estas não são compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados ou como ato de filantropia, daí que a ação do Estado deve ser focalizada nos pobres, e a sociedade, na figura das organizações não governamentais e no voluntariado, deve ser estimulada a assumir responsabilidades pela resolução dos seus problemas, reduzindo a carga imposta ao Estado ao

longo do tempo.

Nesse aspecto, a ofensiva às políticas sociais foi linear, atingindo tanto os países que conseguiram construir um Estado de Bem-Estar-Social como os países periféricos que só conseguiram realizar um esboço de proteção social aos seus cidadãos. Contudo, a forma de assimilação e os resultados foram distintos em um e noutro contexto, com maior desmonte dos sistemas de proteção social nos países periféricos, tanto pela fragilidade desses sistemas como pela pouca capacidade de resistência dos segmentos afetados.

No Brasil, no campo da saúde, a assimilação dos pressupostos neoliberais, a partir do início da década de 1990, momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultou num quadro que pode ser caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo.

Entre a Constituição e o 1º governo Lula, o SUS teria sofrido grande impacto das ações induzidas pelo Estado Mínimo, onde o subfinanciamento e a dificuldade de implementar e gerir uma política universal para um país "continental" funcionaram como pedras no caminho para a concretização do SUS universal, integral e descentralizado. Por outro lado, neste mesmo período, surgiu a normatização da regulação à saúde e foi criada a agência reguladora da saúde suplementar. Este movimento saneou o campo privado na saúde e o tornou mais concentrado nas mãos de determinados grupos cujas influências são evidenciadas no financiamento das campanhas políticas a partir da redemocratização. Mais a diante abordaremos os impactos destes interesses no norteamento da política dual de saúde nos governos Lula e Dilma.

Após 2003 parece que as forças internacionais e seus organismos de controle, OMS, Banco central e Fundo Monetário Internacional, a partir da lógica do capital pressionaram os países ditos em desenvolvimento, inclusive o Brasil, a organizarem os sistemas nacionais de acordo com a visão do mercado.

Assim, a assinatura da proposta da OMS em 2005, logo no inicio do primeiro mandato Lula, da Cobertura Universal (intitulada "Financiamento Sustentável da Saúde, Cobertura Universal e Seguro Social de Saúde") já indicava que o PT estava no mínimo simpatizante do projeto de abertura cada vez mais generosa do sistema de saúde privado na composição da

dualidade ao sistema nacional de saúde (OMS, 2005) via inversão do interesse comum.

> A disputa entre o direito universal à saúde e a exploração da mesma como um negócio assumiu há poucos anos uma nova dimensão, ao surgir a proposta de "cobertura universal de saúde", liderada pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta proposta, apesar de utilizar a ideia da universalidade, visa combater o conceito de direito universal à saúde, para fortalecer o papel do setor privado na oferta de seguros e serviços de saúde. (CEBES,2014 a, p.3)

Dessa maneira, concordando com Bahia (2010), acredita-se que tenhamos tido nos governos dirigidos pelo Partido dos Trabalhadores e coligações uma política de continuísmo na saúde em relação aos governos anteriores; onde se manteve não só todo arcabouço legal que garante os subsídios do governo que cada vez mais a ampliam a participação do sistema de saúde privado; como também foram implementadas novas leis que além de afirmarem o posicionamento favorável à hibridização dos dois sistemas de saúde (público e privado) pelo governo PT – coligações parecem ressaltar que os petistas foram seduzidos pela falsa ideia de eficiência do setor privado.

Nesse sentindo, a crítica aos rumos das opções no campo da saúde brasileiro nos governos petistas perpassa pelo entendimento do que acontece no cenário das políticas internacionais da saúde. Entendimento este que implica compreender que a saúde passou a ser um espaço fundamental da economia. Hoje, a saúde é o local onde se jogam (infelizmente) os interesses do lucro e da acumulação de um setor fundamental da economia mundial que é a indústria farmacêutica e a indústria técnico-médica. Trata-se da segunda indústria que mais lucra no mundo e isso faz com que as políticas de saúde sejam influenciadas pelos interesses do que estamos chamando na América Latina de Complexo Médico-Industrial e Financeiro da Saúde, conformado pelas grandes corporações privadas. Essas empresas não têm como interesse comum a saúde da população e, sim, a acumulação de capital e realização do lucro. Um exemplo disso é a criação desta proposta de Cobertura Universal da Saúde (OMS, 2005). E um segundo é a persistência da tendência de crescimento dos lucros das indústria farmacêuticas no Brasil acima de dois dígitos, mesmo nos recentes anos de crise econômica no país.

A proposta de cobertura universal é funcional ao mercado e ao capital. Ela foi assumida pela OMS [Organização Mundial da Saúde] e Opas [Organização Pan-Americana da Saúde] depois de ser desenhada nos grandes centros financeiros internacionais. A Fundação Rockefeller tem uma longa história na saúde e temos que relembrá-la. A Fundação Rockefeller é o braço filantrópico da ExxonMobil, indústria petrolífera fundada por John Rockefeller. Ela é o instrumento filantrópico para concretizar os interesses econômicos da

Exxon.

Em 1978, em uma cidade da extinta União Soviética [Alma-Ata, no Cazaquistão], se realizou uma reunião que postulou a 'Atenção Primária em Saúde para todos no ano 2000'. Que fez a Fundação Rockefeller? No ano seguinte, reuniu um grupo de especialistas em seu centro de formação em Bellagio, na Itália, e converteu a Atenção Primária, que era uma concepção integral da saúde, em uma APS seletiva, voltada para a prestação de um pequeno pacote de serviços para os pobres, como imunização, orientação à amamentação, etc. É isso o que querem fazer com a cobertura universal. E ainda por cima nos tomam emprestado a palavra universal, como objeto de confusão do conceito.

O mesmo poderíamos dizer da Fundação Bill e Melinda Gates ou do Banco Mundial: são instrumentos do grande capital. São essas organizações – que constroem a proposta da Cobertura Universal em Saúde para propiciar o asseguramento privado como instrumento fundamental de lucro desse complexo industrial e financeiro.

Os organismos internacionais são um grande espaço de confronto hoje. Neles se dão as mesmas contradições que vemos no conjunto das sociedades, pois os organismos também foram penetrados pelos interesses do capital e do mercado da lógica neoliberal. O Parlamento Europeu move um processo contra a OMS em razão da Organização ter mudado os critérios de declaração de uma pandemia mundial a partir da [Gripe A] H1N1. São exemplos concretos de como muitas vezes os interesses da saúde são substituídos pelos do mercado.

Os organismos internacionais são formados pelos Estados nacionais, então devem seguir as políticas que esses países defendem, e não as políticas advogadas pela Fundação Rockefeller ou pelo Banco Mundial. Os organismos internacionais seguirão sendo cooptados pelos interesses do capital e do mercado na medida em que nós não sejamos capazes de defender com força – e ganhar – nossas posições[43].

A publicação no ano 2000 de um documento da OMS que classifica os sistemas de saúde e coloca o Brasil em um dos últimos lugares, enquanto que eleva a Colômbia – onde a saúde é totalmente privada (OMS, 2000) – é um claro sinal de como o mercado está penetrando nos organismos de saúde. Essa é uma briga que Brasil tem que comprar a fim de perseguir o interesse comum.

---

[43] Hoje já não é mais é possível diferenciar os interesses do capital financeiro daqueles interesses do capital industrial, ou dos interesses dos donos dos meios de comunicação, por exemplo. A General Electric é dona da NBC [emissora de rádio e TV baseada nos Estados Unidos], a Westinghouse por sua vez, é dona da CBS [idem]. A indústria que produz sementes transgênicas e agrotóxicos é a mesma que está produzindo medicamentos. E, em muitos casos, o dono da indústria farmacêutica é o mesmo dono dos meios de comunicação que alertam sobre possíveis enfermidades criando na população matrizes de opinião, às vezes simplesmente difundindo o pânico nas pessoas que prontamente pressionam seus governos a comprar coisas desnecessárias.

3.3 **A relação público-privada no campo da saúde: a supremacia dos interesses privados e particulares?**

O crescimento do setor privado – traduzido na prestação de serviços por unidades privadas, ou na existência de formas privadas de financiamento, gestão e acesso a serviços de saúde – "é anterior ao movimento de valorização do mercado, fruto das reformas econômicas dos anos 1990 no país" (MENICUCCI, 2007, p.45). Portanto, não pode ser visto apenas como uma simples resposta às pressões e mudanças geradas na conjuntura nacional e internacional do neoliberalismo. Mas sim, oriundas também de uma história das práticas privatizantes de compra de serviços e subsídios/renúncias fiscais que se ampliaram na ditadura militar[44]; além de procedentes dos arranjos sacramentados no marco constitucional da Nova República. Consequentemente, reflexo de uma dependência ao marco normativo e uma série de normatizações que foram estabelecidas sobre a influência das conjunturas e dos grupos de pressões ao longo dos anos, que foram gerando mudanças de primeiro e segundo grau segundo Hall (1993).

Apesar, do foco na busca do interesse comum que a política brasileira dual de saúde deveria ter a partir da constituição de dois campos conformadores na saúde – o público e o privado -, o que se percebeu é que a condução da política se deu, muitas das vezes, a partir da influência dos grupos de poder com influência no legislativo e no executivo via principalmente financiamento de campanha, fazendo o pendão da dualidade pender mais ao privado ao longo da existência da política setorial, inclusive nos anos de governo PT e coligações. Essas influências geraram alterações na normatização e execução da política de saúde que de certa forma favoreceram ora ao insulamento institucional ora a expansão da saúde suplementar.

De acordo com vários autores, essa atuação governamental tem sido pautada pela rede de interesses representados pelos grupos de poder e suas múltiplas capilaridades no interior do Estado (Paim, 2007; Scheffer & Bahia, 2015; Abreu org., 2014; Avritzer, 2016; Avritzer & Filgueiras, 2011; Reis, 2014).

Deste modo, essa configuração segmentada do campo brasileiro de saúde sem dúvida se deu através da generosa participação governamental, tanto em seus antecedentes como em

[44] "O chamado setor suplementar, composto pelas empresas de planos e seguros privados de saúde e empresas que prestam serviços às mesmas, teve assegurada a continuação da isenção do Imposto de Renda para seus clientes, incentivo fiscal que ganhara no Código Tributário de 1966, outorgado pela Ditadura Militar". (CEBES, 2014 a, p.2)

incentivos financeiros. Como por exemplo, o reembolso dado aos funcionários federais para auxílio do pagamento de planos de saúde privados.

Assim, embora o caráter segmentado da assistência à saúde, que caracteriza a trajetória brasileira de expansão da assistência médica, date de período anterior à redemocratização, o mesmo se institucionalizou nas próprias decisões consagradas na Constituição, aparentemente de forma paradoxal aos objetivos da reforma global pretendida por seus promotores.

De lá pra cá, o setor privado da saúde nunca teve tão imbricado com a "coisa pública" quanto nos últimos anos. Infelizmente, esta imbricação não se deu pautada inteiramente na busca do bem-estar comum (hibridização corrompida). Pelo contrário, acredita-se que a natureza desta imbricação é mantida e alimentada pelos interesses da classe dominante que norteiam de maneira desonesta o funcionamento do executivo e do legislativo; vide as operações da polícia federal: Mensalão, Sangue-Suga, Lava-Jato e Fratura Exposta[45]. Isto para não mencionar o poder judiciário tão refém quanto, mas que não é foco deste trabalho.

> Todas as formas assumidas pelo setor privado para negociar a saúde no Brasil se beneficiaram historicamente de políticas e recursos públicos, que são mantidos até hoje. Atualmente, o setor privado prestador de serviços ao SUS é remunerado, muitas vezes regiamente para isso, principalmente quando presta serviços de média e alta complexidade. Ou seja, o mesmo Estado que tem o dever de garantir o direito universal à saúde, abre mão de recursos financeiros que deveriam financiar as ações e serviços de saúde pública para beneficiar as empresas que negociam com a saúde. (CEBES, 2014 a, p.2)

Se o bem-estar comum dos que não podem arcar e dos que podem arcar com o custo dos serviços de saúde tivesse sido verdadeiramente privilegiado no desenvolvimento do campo da saúde no Brasil redemocratizado – a despeito de responder e favorecer os interesses particulares e privados dos detentores do poder – poderíamos ter tido uma melhor e maior satisfação das necessidades de saúde da multidão.

Esse pensamento encontra repouso na constatação de que a nossa política dual de saúde foi gestada sobre o desejo, mesmo que conflituoso, como vimos na constituinte, de apoiar o país na trilha do desenvolvimentismo[46] que deveria ter condições de zelar pelo bem-estar comum. Contudo, nos parece que não foi a partir deste foco que se desdobrou a política dual de saúde no Brasil. Tudo nos leva a acreditar que a questão que se apresenta é que a busca pelo bem-estar comum foi desfigurada pelo reverso do interesse comum da multidão mas também foi afetada pelo inverso deste reverso. Onde o reverso do interesse comum parece ter sido provocado majoritariamente pelo neoliberalismo (agente na arena política que

---

[45] Para citar apenas algumas das operações recentes executadas pela Polícia Federal no Combate à corrupção na saúde.

[46] Discurso encontrado nos trabalhos inclusive do novo BRESSER, 2015.

plasma o interesse comum) que influenciou a construção da dualidade na CF88 e pela utopia do SUS único após a constituição, e o inverso do comum deste reverso teria sido causado pela polarização ideológica/política da condução da dualidade da política nacional de saúde baseada na ótica binária (público *versus* privado) pelos governos petistas.

Contribuindo para esta visão, Aciole (2006) reforça que embora a noção de público esteja associada a tudo que é estatal, e privado ao mercado, Estado e mercado são inseparáveis na constituição de cada sociedade. E Hardt & Negri (2016) oferecem, a partir desta constatação, uma interessante reflexão a cerca dos interesses que permeiam essa tríade Estado-Mercado-Sociedade e problematizam o público e o privado a partir dos interesses reais da multidão, que não estão alinhados nem aos interesses privados/classistas nem muito menos ao interesse público estatal, se remetem aos interesses comuns, segundo estes autores.

Para Bresser-Pereira (2015), os mercados são uma instituição insubstituível. Recorro a esta afirmação de Bresser não para concordar com Hayek (que usou o argumento da complexidade para fundamentar uma posição liberal extremada contra a intervenção do Estado), mas para suplantar o pensamento binário de Hayek; ou coordenação pelo mercado, ou pelo planejamento estatal. Assim, acreditamos que a ação coordenada do campo privado associada à coordenação pelo Estado, partiu do norte Constitucional, e é uma condição necessária para eficiência e para própria sustentação do campo da saúde.

Desse modo, em uma sociedade complexa com uma política de saúde igualmente complexa e dual, não faz sentido pensar em termos de *trade-off*, em ter mais privado e menos Estado, e vice-e-versa. Não importa a ideologia do partido político ou da coligação governante, quanto maior e mais complexo o campo da saúde mais arrojada deverá ser a regulação visando o interesse comum. Por conseguinte, a saúde privada poderá ser mais eficiente ser for bem regulada enquanto que a saúde pública será mais eficiente se for planejada de fato e voltada para resultados custo-eficientes.

A proposta neoliberal para coordenar a política dual de saúde com predominância dos interesses privados provou ser tão ineficiente quanto a proposta da saúde pública - que se pretendia socialista, mas foi apenas estatista – de coordenar exclusivamente a política através do Estado.

Nenhum país jamais conseguiu desenvolver-se e industrializar-se baseando suas decisões de investimentos públicos na avaliação de “falhas de mercado”, o que levaria a investimentos minguados e concentrados no máximo em P&D à montante (e não em toda a cadeia de inovação – pesquisa básica, pesquisa aplicada, e ainda no financiamento de empresas de alto risco – como aconteceu no Vale do Silício, por exemplo).

Ignorar esta história significa usar o arcabouço das falhas de mercado e a associada dicotomia "Estado *vs*.mercados" para fins políticos, não econômicos. O sucesso nas economias capitalistas cada vez mais depende de parcerias sinérgicas entre os setores público e privado.

Para Mazzucato & Penna (2014), os países mais bem-sucedidos na economia global têm o que se poderia chamar de um ecossistema simbiótico de inovação e de produção, em que agentes públicos e privados se beneficiam e lucram de ações e interações mútuas. Nestes casos, a iniciativa privada não "captura" o Estado, nem o Estado se torna uma ferramenta para favores políticos. Ambos se desenvolvem paralelamente amplificando suas potencialidades nas possibilidades de articulações.

A questão, portanto, não é quem deve liderar e guiar a economia, o Estado ou o mercado (setor privado). Ambos são cruciais. A questão é como promover essas parcerias sinérgicas. Ainda que não haja receita mágica, uma coisa é certa: quanto mais ousado for o Estado em sua iniciativa estratégica, menos provável que seja capturado pela iniciativa privada (Mazzucato; Penna, 2014).

Sei bem que minha afirmação não faz sentido para os liberais radicais, que, apesar de todas as evidências, continuam a ver o mercado como mecanismo mágico, e também pelos críticos radicais do capitalismo, porque significaria que, combinando adequadamente mercado e Estado, a política de saúde dual brasileira poderia aperfeiçoar os resultados, ampliar o espectro de ação e otimizar os custos de operação.

Nossa pretensão não é de convencer os radicais de ambos os lados, mas esperamos contribuir no raciocínio dos que privilegiam a razoabilidade sobre a razão pura, o pragmatismo sobre qualquer forma de idealismo. Trata-se da coordenação conjunta entre os interesses públicos e os privados, em que o Estado tem precedência sobre o mercado, mas as duas instituições operam em sintonia rumo à satisfação do Bem-Estar Comum.

Para que a política nacional de saúde possa perseguir o bem estar comum se faz necessário que o SUS e a Saúde Privada deixem de ser vistas e perseguidas como alternativas podendo ser consideradas assim complementares na coordenação do campo da saúde.

Contudo, o que se percebeu com a realização desta pesquisa é que essa situação da relação público-privada no campo da saúde é complexa, dinâmica e possui sustentação política e econômica das elites brasileiras, que vêm sinalizando (a partir da influência no orçamento e na normativa operacional da política de saúde) que o SUS só é interessante se for

para pobre (tipo Obama CARE[47]).

3.4 **Jogos de poder e influência no Campo da Saúde: da criação da ANS aos governos PT**

O exercício do poder e as questões referentes ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde para determinada população constituem as Políticas de Saúde. Nesse sentido, uma política pública passa por um ciclo que inclui a problematização, a construção da agenda, a formulação, a formalização, a implementação, o monitoramento e a avaliação (PAIM, 2003).

Nesta tese, advogamos que este ciclo que caracteriza a politica pública no campo da saúde tem sido contaminado pelos interesses privados transvestidos de interesses públicos. Esses interesses públicos por sua vez estão por sua vez mais ligados a um insulamento estatal do com o interesse comum da multidão - que deveria ser buscado a partir da legitimação da dualidade da política na Carta Magna,

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde foi legitimada como um direito de cidadania, assumindo o *status* de bem público, com base nos princípios do acesso, da universalidade, integralidade, hierarquização, descentralização e excelência na qualidade dos serviços ofertados a todos os cidadãos; os quais, entretanto, dependem de políticas públicas que costumam ir de encontro a interesses de organizações e instituições fortemente comprometidas com a sua mercantilização. Conseqüentemente, muitas das ações políticas, nacionais e internacionais, acabam formuladas sob pressão de interesses corporativos, contradizendo, política e ideologicamente, o paradigma de um sistema único de atenção à saúde.

A percepção sobre as oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde começou na década de 1930, fortalecendo-se ao final dos anos 1950, quando o país começou a se industrializar e as instituições privadas consolidaram-se como as principais prestadoras de serviços hospitalares a uma nascente classe média. O Estado, por sua vez, iniciou programas voltados à centralização das ações de saúde, na busca de uma assistência indiferenciada à população, visando minimizar os deletérios efeitos sociais de uma estratificação econômica

[47] O Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA ou Lei de Proteção e Cuidado ao Paciente) chamado comumente como Affordable Care Act (ACA) ou "Obamacare", é uma lei federal dos Estados Unidos sancionada pelo presidente Barack Obama em 23 de março de 2010 (UEC, 2010).

no campo da assistência à saúde. Desde então, a par do desenvolvimento econômico, o segmento privado de assistência à saúde tem integrado médicos, ambulatórios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos, laboratórios e fornecedores de insumos. Esse processo consolidou prestígio, posição econômica e um alto padrão de serviços especializados, caracterizando-se, porém, pela contradição de apresentar altos custos com baixo impacto na saúde coletiva e de ficar concentrado nos grandes centros urbanos das regiões Sul e Sudeste, detentoras da maior parcela da renda nacional, afora outras regiões historicamente fortes na determinação política, como é o caso da Bahia (MARINHO, MORENO e CAVALINI, 2001).

Entretanto, "por mais estável que seja a economia de um país, os custos assistenciais são sempre impulsionados por forças expansionistas", como lembra José Mendes Ribeiro, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, citado por Mesquita (2002), oriundas de inúmeros fatores como "a transição demográfica, a acumulação epidemiológica, a medicação societal, urbanização, a incorporação tecnológica, o crescimento da força de trabalho e o corporativismo empresarial e profissional", cujos efeitos, no Brasil, ensejaram uma forte intervenção do Estado, visando a uma assistência à saúde mais abrangente, pelo investimento na ampliação da rede de hospitais públicos. Isso resultou num novo perfil do mercado de serviços médicos, ao reparti-lo entre o Estado e as organizações privadas, representando um forte golpe na classe médica liberal, o que quase levou à extinção de uma atividade que se mantinha no país, de modo individualizado e modesto desde o século XVI, ao reduzir o poder político dos médicos.

Nesse aspecto, a partir da década de 1970, a luta envolvendo o poder médico, tanto no Brasil como nos EUA, com o surgimento das organizações burocráticas privadas, prestadoras de serviços de saúde, representou uma forte ameaça à classe dos profissionais de saúde. Essa ameaça decorre do fato de que as organizações empregadoras de médicos passaram a competir diretamente com os profissionais independentes, ao proporcionarem instalações e seguros próprios e submetê-los a condições desfavoráveis, com a redução de sua autonomia na fixação dos honorários e na tomada de decisões (MISOCZKY, 2001).

O confronto de interesses entre o Estado, a classe médica e os grupos privados de assistência à saúde nunca foi pacífico, e a alternância dos polos de poder não tem sido neutra. À ascensão de alguns grupos, dá-se a queda de outros. No Brasil, o acirramento da concorrência no mercado de saúde suplementar e a prevalência das vantagens competitivas evidenciaram a vulnerabilidade dos consumidores, e, em vários casos, dos próprios profissionais de saúde, os efetivos prestadores dos serviços.

Desse modo, embora a teoria econômica neoclássica assuma o postulado da informação perfeita entre compradores e vendedores, no caso da saúde, o sistema lida com informações assimétricas, especialmente, na relação entre médicos e pacientes. Ou seja, os cuidados com a saúde não se acomodam à auto regulação do mercado, que se afasta dos pacientes de alto custo, repassando-os à esfera do sistema de atendimento governamental (VIANA *et al*, 2002).

A assimetria de informações no sistema de saúde representa, de uma maneira geral, um fator de desequilíbrio de poder, conforme avaliado por Costa (2002), com base em dados do Banco Mundial, de 1995, cujos relatórios ressaltam sérias falhas no grau de informação e percepção do consumidor quanto aos seus direitos e à conduta devida às operadoras de planos de saúde, que, com freqüência, se voltam apenas para a clientela de baixo risco. Para Viacava e Bahia (2002), esse processo de seleção adversa induz as operadoras no Brasil a deixarem sem cobertura, ou dependente do Estado, a população de risco elevado, que sofre de enfermidades crônicas, como as mentais, as cancerígenas e os soropositivos do HIV, dentre outras.

A necessidade de um contrapeso entre a eficiência econômica e a solidariedade social suscitou ações públicas de intervenção no setor, levando ao estabelecimento de normas que visam impedir que a competição, encoraje seguradoras e operadoras de serviços de assistência à saúde a rejeitarem doentes fora do interesse econômico, como os de alto custo, os idosos e os pobres.

Entretanto, existem avaliações (CAMPOS *et al*, 2000) indicando que o espectro da intervenção governamental vai da doutrina do estatismo absoluto à total liberalização das forças de mercado, e que o Estado regulador situa-se no flange central desse espectro. Isso permite um vasto leque de opções quanto à ação regulatória e as forma de controle, refletindo o matiz ideológico que as fundamenta e o estágio de desenvolvimento do mercado que se pretende regular. Em ambientes maduros, a intervenção governamental tenderá a ser mais liberal, mantendo as condições de competição. Porém, no extremo oposto, o Estado proverá ativamente a oferta dos bens ou serviços escassos; tornando-se, no limite, o seu próprio produtor, caracterizando uma ação regulatória mais estruturante, como é o caso da assistência à saúde privada no Brasil.

Por outro lado, a ação do Estado no campo da saúde deve, forçosamente, levar em conta a existência de fatores subjetivos com elevada carga simbólica, identificados nos valores e sistema de crenças, a par do nível cultural. Da mesma forma, deve considerar as pressões advindas do contexto histórico de incertezas políticas e de injustiça social, no qual o

conceito básico de cidadania começa a se fazer presente no vocabulário das pessoas simples, que crescentemente procuram os tribunais de justiça, na defesa de seus direitos.

Foi nesse contexto que foi criada a ANS, nascida no bojo do processo de privatização dos monopólios naturais, como uma prestadora de serviços de utilidade pública intervindo num ambiente econômico bastante pulverizado e com baixa competitividade, fatores de ameaça a direitos e à qualidade dos serviços prestados.

Campos (2000) alerta, porém, que, se por um lado, a criação de agências reguladoras reflete o consenso de não serem as forças do mercado capazes de, por si mesmas, dar a melhor destinação aos recursos da sociedade pelo menos em determinados campos -, por outro lado, existe uma forte desconfiança quanto ao valor que a ação reguladora possa vir efetivamente a ter. No caso da saúde, embora haja consenso sobre a necessidade do poder público se fazer presente, é grande a preocupação com a possível manipulação do órgão regulador por interesses político-partidários, além de outros grupos de pressão pouco comprometidos com a melhoria da oferta dos serviços de saúde.

Segundo o modelo de representação de interesses de Richard B. Stewart (CAMPOS *et al*, 2000), as agências conformam arenas políticas nas quais grupos em competição tentam impor seus interesses específicos, influenciando a ação regulatória. A natureza e a qualidade da regulação efetuada estariam associadas à qualidade dos fluxos de informação no interior da agência, através dos quais se fariam conhecidos os diferentes interesses. Existiriam, portanto, três eixos comportamentais dos agentes interessados: não participar do jogo, participar de modo passivo ou tentar ativamente participar das decisões. Nessa última categoria seriam enquadrados os potenciais influenciadores do sistema.

Conforme esse entendimento, a saúde suplementar no Brasil reflete um ambiente de relações complexas, no qual um objetivo social relevante, como a saúde, depende fundamentalmente da resultante de um sistema de forças heterogêneas, antagônicas e não necessariamente comprometidas com a saúde da multidão, e cujo controle, por parte do Estado, afigura-se instável.

Conforme Baird (2017), a ANS foi criada sob a gestão do ex-ministro da Saúde, José Serra, que definiu os contornos da nova agência e, principalmente, teve autonomia para realizar as nomeações para sua diretoria. Tal fato foi reforçado pela disposição legal que determinou que três dos cinco diretores da primeira gestão seriam nomeados diretamente pelo Executivo, sem ter de passar pelo crivo do Senado Federal. Pode se dizer que o ex-ministro Serra foi o único ministro que teve ampla liberdade para compor a diretoria colegiada da agência, sem ter de negociar cargos com outros partidos da coalizão. Além da coalizão

governista sob Fernando Henrique Cardoso ser mais coesa do que em futuras gestões, a área da Saúde era tocada sem impedimentos por seu ministro. Conforme Matos (2011), considerando as grandes tônicas regulatórias da agência, é possível dizer que esse primeiro período foi marcado pela regulação econômico-financeira.

Contudo, o que observamos na condução da política nacional de saúde com a chegada do Presidente Lula ao poder com PT e suas inúmeras coligações, incluindo sua face regulatória, foi a intensificação do balcão de negócios. A cobiça dos partidos pelo Ministério da saúde foi explicitada na distribuição dos cargos tanto no interior do Ministério da saúde quanto das suas agências regulatórias. O atrativo principal da pasta era o vultoso orçamento e a imbricação com o mercado da saúde, inclusive como maior comprador de produtos ligados a saúde.

> A decepção é sempre diretamente proporcional ao tamanho da expectativa positiva que se tem. Assim depois de oito anos de mandato de FHC, as pessoas progressistas estavam prenhes de esperança de que o país mudasse e a saúde pública tomasse os rumos legais. (Carvalho, 2013, p.18)

Muito se debateu a respeito do programa de governo para saúde enquanto o PT brigava pela presidência do país. Centenas de mãos, de acordo com Carvalho (2013), tinham o objetivo de construir ao longo do governo de Esquerda, o SUS constitucional. Porém ao contrário desta intencionalidade inicial, concordando ainda com Carvalho (2013), interrogamos se o que o PT fez, foi uma guinada à direita neoliberal, pois os conceitos de esquerda e direita perderam muito de seu sentido nos últimos anos.

Na área da saúde, o que se percebeu segundo autores como Bahia (2015); Mennicuci (2012); Marques & Mendes (2007) Médici (2013), Werneck Viana (2012) e Carvalho (2013), é que não há diferença fundamental entre a proposta dos partidos progressistas com o partido conservador que o precedeu. A mesma lógica mercadológica de usar todos os meios para impor marcas de governo, e o mesmo pensamento neoliberal que glorifica meios e eficiência no atingimento de objetivos estiveram presentes no desenvolvimento da política dual de saúde nos governos Lula e Dilma.

Luiz Vianna Werneck (2012, p. 13-15), alega que é “impossível dissociar, em laboratório, as políticas do PT e do PSDB”. Para o autor, “PT e PSDB são duas colorações da mesma democracia”. Durante os governos do presidente Lula, a transição de poder do PSDB para o PT no governo federal e, por consequência, no MS e na ANS, percebeu-se uma linha de continuidade, com um cenário de maior penetração política dada pelo tipo de presidencialismo de coalização que se estabeleceu a partir da vitória do presidente Lula, pois diversos atores políticos aparecem envolvidos no jogo do setor.

Para Marques & Mendes (2006), mais do que em qualquer outra área, as ações do governo Lula no campo social revelaram os contornos de seu projeto de poder, sua compreensão sobre a realidade e sua ideia de que é possível um governo representar as diferentes classes sociais[48].

Para estes autores, o campo da saúde pública é exemplo emblemático da ação da CUT: qualquer análise superficial das pautas de reivindicação dos sindicatos de sua base, desde o final dos anos 70, indica quão grande é a preocupação em defender e preservar os Planos de Saúde de seus trabalhadores. Muitos autores como Bahia, discorrem sobre este descontentamento por parte dos trabalhadores por um plano de saúde que viu na democratização dos seus serviços de saúde um perda de qualidade das ações que era ofertada por esses trabalhadores. A defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) fica, assim, restrita àqueles que nela trabalham e não a seus potenciais beneficiários.

Para Baird (2017), isso decorreu, em parte, da necessidade do governo federal, presidido pelo presidente Lula, do PT, de estabelecer coalizões para governar a área da saúde – ainda mais se considerarmos que o primeiro ministro da Saúde indicado por Lula, Humberto Costa, era do mesmo partido do presidente. Em parte, isso se deve à disputa de poder dentro do próprio PT. Naturalmente, com a passagem de poder do PSDB para o PT, a quase totalidade dos diretores foi trocada tanto no MS quanto na ANS.

Na ANS, o PT dividiu entre si a ocupação de três diretorias, negociando a última com outro partido da base aliada, o PTB. O ministro Humberto Costa indicou Fausto dos Santos, médico sanitarista de Minas Gerais, que à época trabalhava no Ministério da Saúde, à Dipro e à presidência da agência, contemplando o PT-MG. O diretor-presidente da agência, Fausto dos Santos, indicou pessoalmente Gilson Caleman, um sanitarista histórico, para comandar a Diges. O caráter pessoal da escolha fica evidenciado pela Diges não apresentar relações com ninguém na rede exceto o diretor-presidente. Dois grupos distintos do PT, em realidade, disputaram as vagas da agência. Por fim, pela primeira vez, um partido da coalizão, o PTB, esteve por trás da nomeação de um diretor. O deputado federal Roberto Jefferson (PTB-RJ) indicou Alfredo Cardoso, vinculado à Amil, para assumir a Diope, responsável pela regulação

[48] A facilidade com que o governo Lula e os principais dirigentes do PT assumiram a agenda do FMI e do Banco Mundial ainda pendente, que não havia ainda sido aprovada nos governos anteriores em parte pela oposição do próprio partido na Câmara de Deputados e no Senado, exige que se discuta por que e como Lula foi eleito presidente. Ao contrário do que foi dito e escrito por alguns, a eleição de Lula não significou nenhum golpe ao imperialismo. Também não significou a ascensão das forças populares ao poder, muito embora Lula tenha sido eleito por 53 milhões de votos e o povo tenha tomado as ruas para comemorar a sua vitória, portando as bandeiras vermelhas que haviam sido “esquecidas” na propaganda eleitoral do “Lula paz e amor”, concebida por Duda Mendonça.

das empresas. O apoio de Jefferson expressa, na verdade, a força da Amil. Desde então, a Amil passou a contar com um diretor com passagem em seus quadros na Diope, indicado, inclusive, por partidos diferentes. Isso denota que a empresa tem um papel mais relevante do que eventuais partidos aliados na conformação da diretoria colegiada da ANS. Fica evidente, ao analisarmos as doações de campanhas realizadas pela Amil a origem dessa influência na nomeação de cargos na condução da política de saúde nacional.

Esta evidencia denuncia o posicionamento favorável de Jefferson ao setor privado. Este apoio pode ser explicado pelos recursos que o deputado recebeu para sua campanha no ano de 2002. O caso de Jefferson é um ótimo exemplo para demonstrar a postura clientelista do Estado, o transformismo político dos candidatos no Brasil e a cultura da corrupção que permeia a relação entre o setor público e privado no país[49].

Sendo assim, apesar do discurso de priorização do SUS constitucional, os governos PTs parecem ter tido uma prática pífa na saúde, conforme Carvalho (2013). O que se viu é que Lula teve nos oito anos de governo quatro ministros da saúde. O primeiro de sua escolha direta, um prócere do partido, mas sem prática de gestão e desconhecedor do SUS. Um segundo, com reconhecido conhecimento do SUS, mas escolhido para um mandato curto e membro de outro partido da base aliada do governo. O terceiro, um mandato tampão de um servidor de carreira na saúde, com larga experiência e compromisso com a saúde pública. Cuja interinidade impediu que assumisse a revolução do legal. Depois veio a vez de um sanitarista histórico com vasta experiência, mas que não fez a sua equipe, trabalhando com um ministério composto por "vários ministérios" dentro dele, cada um seguindo solo as orientações de seu grupo de indicação e apoio. Sua própria indicação não foi reconhecida como de um partido aliado, ficando na conta do presidente (Carvalho, 2013).

Já a ex-presidenta Dilma, no primeiro mandato, teve como ministro da saúde um orgânico do partido, ex-ministro Lula na área de relações institucionais e que abraçou a saúde com grande entusiasmo, de acordo com Carvalho (2013), e baixo conhecimento de SUS. Um político nato que, segundo veiculado na mídia, está se cacifando para concorrer ao governo de seu estado. Cercou-se de técnicos de primeira linha, advindos da gestão municipal, mas que não conseguiram fortalecer o SUS constitucional, os problemas de financiamento da política pública nem o arranjo sinérgico com a saúde suplementar como sugere a política dual de saúde inscrita na carta magna. Os ministros que vieram depois foram todos representantes dos interesses do capital e não do interesse comum. A seguir, para substanciar esta discussão,

[49] Vide as acusações de corrupção passiva e lavagem de dinheiro que foram imputadas e confessadas pelo deputado.

encontra-se o quadro dos Ministros que tiveram a frente do SUS nestes 13 anos, bem como suas ligações partidárias.

Quadro 1 - Ministros dos Governos Lula e Dilma.

Ministro	Partido	Data da posse	Saída do MS	Presidente
Humberto Costa	PT	1 de janeiro de 2003	8 de julho de 2005	Luiz Inácio Lula da Silva
José Saraiva Felipe	PMDB	8 de julho de 2005	31 de março de 2006	
Agenor Álvares	PMDB	31 de março de 2006	16 de março de 2007	
José Gomes Temporão	PMDB	16 de março de 2007	31 de dezembro de 2010	
Alexandre Padilha	PT	1 de janeiro de 2011	2 de fevereiro de 2014	Dilma Rousseff
Arthur Chioro	PMDB	3 de fevereiro de 2014	2 de outubro de 2015	
Marcelo Castro	PMDB	2 de outubro de 2015	27 de abril de 2016	
Agenor Álvares *(interino)*	PMDB	27 de abril de 2015	12 de maio de 2016	

Fonte: Elaboração própria realizada a partir dos dados da BVS. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/index.php.

Ao analisar o quadro de ministros da saúde no período foco desta tese, percebeu-se que tivemos ao longo de 13 anos, oito ministros. Esta constatação, ao lado do grande número de portarias emitidas nos governos Lula e Dilma nos sugere o caráter de política de governo que o SUS teve. Os governos Lula editaram ao longo dos oito anos 15.572 portarias enquanto os governos Dilma lançaram em cinco anos 23.067 portarias via ministério da saúde. Isto significa dizer que o governo Dilma, apesar dos três anos a menos, redigiu 20% a mais de portarias em comparação com os governos Lula. A maior rotatividade de ministros da saúde nos cinco anos dos governos Dilma é um dado que pode sugerir uma explicação para o excesso de portarias nesse governo.

Outro fator, que corrobora para esta linha de raciocínio se baseia na reclamação dos petistas no que diz respeito a condução do MS, segundo o PT ao longo de cinco anos e meio em que o PMDB comandou a Saúde continuamente, 2005-2010, com Saraiva Felipe, José Agenor Álvares da Silva e José Gomes Temporão[50] e depois 2014-2016 com Arthur Chioro, Marcelo Castro e Agenor Silva, a pasta retrocedeu nas políticas para o setor.

Salienta-se que a pasta da saúde é a mais cobiçada entre os partidos da coligação presidencial em função do volumoso orçamento. O que se percebeu que mesmo a frente da presidência o PT só dirigiu o MS por 5,5 anos no total. Esta ratificação ajuda a compreender certos direcionamentos classistas dados a política nacional apesar dos 13 anos de governo de esquerda no Brasil.

[50] Lyra, PT. PT e PMDB travam guerra pelo segundo escalão no Ministério da Saúde http://www.em.com.br/app/noticia/politica/2015/10/05/interna_politica, 694681/pt-e-pmdb-travam-guerra-pelo-segundo-escalao-no-ministerio-da-saude.shtml

3.5 **As disputas no interior do campo da saúde suplementar**

O ambiente de forças políticas que interagem no campo da saúde suplementar, com base nos recursos de poder dos atores que o constituem, assemelha-se a um sistema de *checksand balances*, tendendo a um equilíbrio por vezes instável, visto que as posições de poder se alteram conforme as mudanças na política regulatória do campo ou do contexto macroeconômico do país, o que gera sensíveis reflexos nas estratégias desenvolvidas pelos atores para conquistar (ou garantir) seus respectivos espaços de poder.

O órgão regulador, como já dito, é representado pela ANS, por força da Lei nº 9.656, tendo atuado como um poder moderador no campo e procurado manter uma equidistância de interesses diante dos demais atores, inclusive, em relação ao Ministério da Saúde, ao qual é vinculado. O elo mais forte das interações no campo pertence ao eixo bipolar formado pela agência e as operadoras de planos privados de saúde. A força do órgão regulador reside no poder legal para impor resoluções, com o objetivo de garantir a solidez econômica das empresas de assistência médica, visando à solvência financeira do mercado em períodos recessivos, a padronização dos produtos a serem comercializados - para que não haja exclusões de renda, idade ou tipo de assistência ao consumidor de planos de saúde - , além de intervir diretamente na própria gestão das empresas de assistência médico-hospitalar, tanto em caráter técnico e preventivo como em regime de liquidação extrajudicial. A agência também disciplina os elos entre os campos da saúde suplementar e da saúde pública, evitando que este seja explorado economicamente por aquele nos tratamentos dispendiosos.

A agência reguladora caracteriza um ator com valores que lhe são próprios e típicos de Estado, em conformidade com os ideais de justiça social - o tratamento desigual para os desiguais, na medida de suas desigualdades -, visando garantir o acesso das classes mais vulneráveis aos serviços privados de assistência à saúde. Eventualmente, associa simbolicamente as operadoras à imagem do comércio com motivação puramente lucrativa e afeita a práticas gerenciais ilícitas, que vulnerabilizam tanto os interesses sociais dos consumidores como a credibilidade do mercado da saúde suplementar, fatores relevantes que legitimaram a promulgação da Lei nº 9.656, instituidora da ANS.

Em contrapartida, as operadoras de planos de saúde - englobando as medicinas de grupo, cooperativas médicas, autogestões, seguradoras e entidades filantrópicas, dotadas de estruturas bastante similares, na forma de confederações nacionais, superintendências

regionais ou escritórios locais, e atuação nos níveis federal, estadual e municipal - são representadas pela Abramge, Conamge, OCB, Ciefas, Fenaseg e CMB, respectivamente.

A ação das operadoras de planos de saúde praticamente se dá por meio das empresas de elevado porte econômico, o que sugere uma forte tendência à constituição de oligopólios. Essas organizações seguem um discurso alinhado, não conflitivo entre si, identificando uma internalização de valores baseados em princípios próprios de auto regulação, conforme a definição de espaço social de Bourdieu (2001).

No relacionamento com os demais atores, as operadoras aplicam seus recursos de poder - fator econômico e estrutura organizacional - contra a ANS, de várias maneiras:

a) pela arguição, junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), da constitucionalidade de resoluções sobre reajuste de preços, no que eventualmente têm logrado êxito;
b) pela concepção de novos mercados de consumo, para escapar do alcance jurídico da Lei nº 9.656, através de uma acelerada oferta de planos corporativos, modalidade não amparada pela citada lei, que trata apenas dos planos individuais e familiares;
c) através de *lobby* junto ao Poder Legislativo, visando atenuar os rigores e a amplitude da legislação, caso do deputado Pinheiro Landin e dos inúmeros substitutivos ao projeto da Lei nº 9.656, que resultaram na redução das faixas de idade para fins de reajuste nos preço dos planos de saúde;
d) através da mídia, pela barganha política com o governo, ameaçando deixarem sem cobertura milhares de beneficiários de planos de saúde, relegando-os à esfera do SUS, caso sejam pressionadas nas margens de lucro ou sofram demasiada intervenção por parte do Estado;
e) em especial, as operadoras se destacam pela sistemática e orquestrada pressão contra a ANS, seja junto ao Conselho de Saúde Suplementar, em seminários ou na mídia, sempre associando o sistema público de saúde à ineficiência administrativa, lentidão e má qualidade de atendimento.

Contra os prestadores de serviço, as operadoras procuram reduzir o poder médico, assalariando-os e restringindo sua autonomia quanto à escolha de procedimentos médicos e ao padrão de relacionamento com os clientes dos planos de saúde. Para isso, valem-se de inúmeras estratégias, tais como o descredenciamento de profissionais junto às redes de assistência, redução de honorários e glosas sistemáticas das faturas de pagamento pelos serviços prestados. No plano simbólico, as operadoras procuram associar a figura do médico a

um velado interesse financeiro, fragilizando a imagem deste como agente humanitário, altruísta, que cura e salva vidas. A estratégia contra os prestadores também se dá na forma de *lobby* junto ao governo e à própria ANS, a qual chegou a acatar a tese do chamado "médico triador", que filtra os pedidos de exames de diagnóstico-terapêuticos, reduzindo o seu volume e barateando o sistema de custos, contido na Medida Provisória nº 2.177-43. Contudo, tal estratégia não logrou êxito, pela fortíssima reação de prestadores e consumidores, o resultando na retirada da MP da pauta de votação no Congresso, apenas uma semana após sua emissão.

Em contrapartida, a reação dos prestadores contra as operadoras é igualmente forte, agindo por meio do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB), com recursos de poder consistentes, brandindo os códigos de conduta e os processos éticos contra os médicos vinculados às empresas de saúde. Isso tem resultado numa estratégia eficaz, visto que tanto a prática como a comercialização da medicina não pode prescindir do profissional médico, o que faz subordinar, indiretamente, as operadoras à classe médica, como é o caso da Resolução CFM nº 1.642, responsável por inúmeros processos éticos contra médicos empregados das operadoras. No campo do simbólico, os prestadores associam as operadoras à caricatura do "capitalista de cartola e fraque", interessado tão somente nos lucros advindos dos serviços de saúde e insensível ao aspecto social. Os prestadores têm constantemente buscado a adesão dos consumidores, procurando demonstrar, igualmente recorrendo ao simbolismo, que as agruras destes têm origem nas operadoras, um inimigo comum de ambos, como na mensagem veiculada na mídia: "Planos de saúde. Enfiam a faca em você e tiram o sangue do médico!".

No eixo de poder entre operadoras e consumidores, a interação é igualmente conflituosa, em geral, por questões relacionadas com os preços dos planos de saúde e à exclusão de atendimentos por motivação econômica. Uma das estratégias desenvolvidas pelas operadoras contra os consumidores é o de restringir a freqüência de exames diagnóstico-terapêuticos, com um argumento fortemente calcado em simbolismos. Essa tática implica vincular os consumidores à imagem do "desperdício propiciado por pessoas hipocondríacas, que ocupam suas vidas, principalmente após a aposentadoria, com sucessivas visitas aos médicos, alimentando um ciclo vicioso de gastos, por saberem que o plano de saúde é obrigado a encampar todas suas despesas, não percebendo que encarecem o sistema como um todo e que, em última instância, são os próprios responsáveis pelos sucessivos aumentos dos preços dos planos de saúde". Em contrapartida, os consumidores, por intermédio de seus representantes, públicos e privados, como o Poder Judiciário, o PROCON e o Idec, e com

base nos recursos de poder constituídos pelo Código de Defesa do Consumidor e pela Lei nº 9.656, reagem com denúncias junto ao órgão regulador e promovendo ações judiciais, com pedidos de liminares, interpretadas sob o enfoque consumerista. Essa atitude vem consolidando sólida jurisprudência sobre várias situações de lesão de direito, tais como a exclusão de atendimento por motivação de idade, por atrasos nas prestações dos planos ou por preexistência de doenças, dentre outros, norteando sentenças favoráveis ao consumidor e obrigando as operadoras ao cumprimento forçado dos contratos.

De um modo geral, o fluxo de interações no campo, embora desigual, é bastante intenso. Percebe-se que o elo de interação mais intenso é aquele formado entre o governo/ANS e as operadoras de planos de saúde, o que pode ser interpretado como uma reação à recente instituição da ANS, atuante em um mercado até então livre da intervenção do Estado. A comunhão de interesses entre consumidores e prestadores, ambos atuando solidariamente contra as operadoras, é igualmente constatada nos estudos de Vilarino (2009). Por outro lado, percebe-se uma falta de sintonia política no campo da saúde, em face do tênue alinhamento entre a ANS e o Ministério da Saúde, positivo, mas fraco, demonstrando que a agência ainda carece de tempo para ser internalizada politicamente, com uma identidade própria, na esfera governamental. Mais que isto, que ambos os órgãos governamentais precisam achar o *modus operandi* de coordenar em sinergia em prol do Bem-estar comum dos brasileiros.

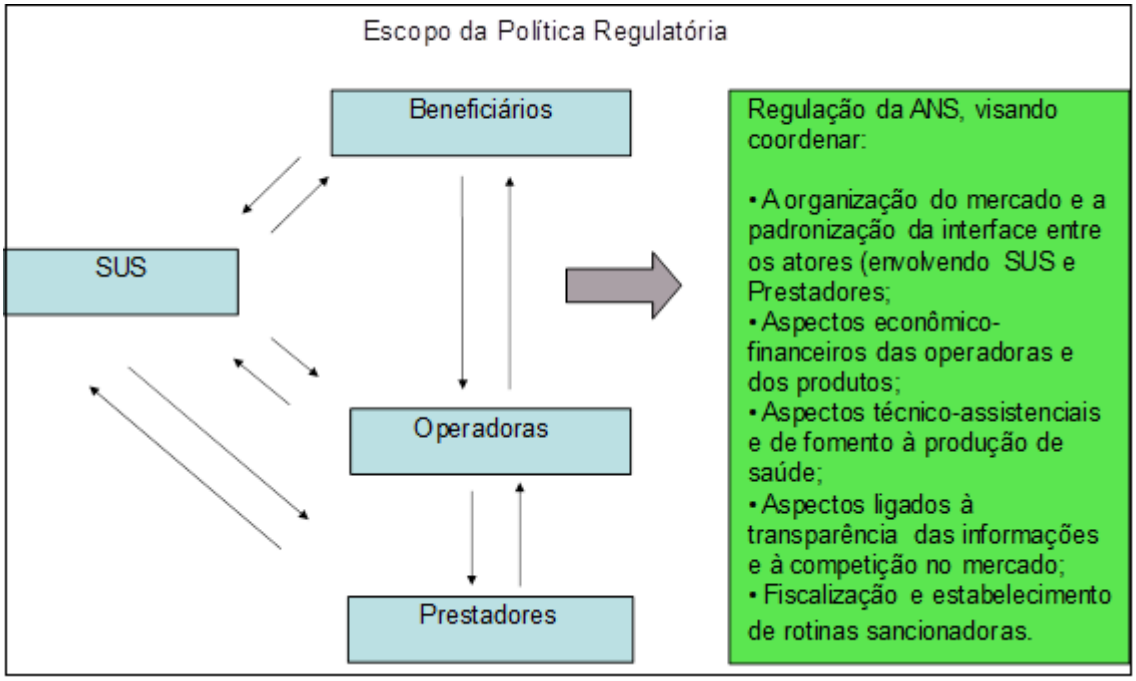
Percebeu-se que os atores do campo da saúde suplementar estão organizados em estruturas bastante similares entre si. Os consumidores de planos de saúde são exceção, pois ainda dependem de órgãos governamentais e de algumas poucas entidades privadas para a defesa dos seus interesses. Porém, quanto às operadoras, aos prestadores de serviço e à própria ANS, foi identificada uma homologia entre modelos organizacionais, evidenciando que, em sua maior parte, o campo modelou um sistema de mitos, valores e crenças, de base simbólica, que utiliza em suas relações de poder, parecendo estar consolidado após um processo evolutivo de constituição.

Quanto às pressões internas, o estudo avalia que as operadoras e a ANS formam o eixo de maior intensidade nas interações no campo. As operadoras, como ator social, são o agente mais controvertido, recebendo pressões de praticamente todos os demais, com igual intensidade de força e sentido. Os prestadores são aliados dos consumidores contra as operadoras, enquanto a ANS, às vezes, parece tender para os interesses das operadoras. Cabe ressaltar, no entanto, que um dos objetivos estratégicos da agência é garantir a solvência do mercado, visando à operacionalização do sistema privado de saúde. Essa aparente

ambiguidade de ações, por parte da ANS, tem sido responsável por fortes críticas de consumidores e prestadores de serviço, que buscam direcionar o poder da agência contra o seu mais visível oponente, no caso, as operadoras de planos de saúde.

O campo reflete matizes de cunho ideológico desde sua formação, alternando influências de cunho social - ao se aproximar do modelo do *welfare state* - com fases de liberalização econômica. As perspectivas futuras apontam para uma hegemonia do parque privado, pela sintomática escassez de recursos do Estado. No entanto, é possível que o liberalismo acabe assimilando a questão social, pela pressão psicológica das forças sociais, tal como atualmente ocorre nas empresas de autogestão. Sem descurar da finalidade lucrativa, essas empresas têm investido recursos na assistência a seus empregados, fortalecendo um movimento de parceria entre o público e o privado que tende a crescer, o que poderá reverter à expectativa de crise do sistema privado de saúde. Abaixo figura representativa da política regulatória:

Figura 5– Escopo da Política Regulatória



Fonte: Matos, 2018.

3.6 **A influência nefasta do financiamento de campanha política e corrupção no campo da saúde: Um ataque ao Bem-estar Comum?**

Diz a Constituição de 1988, em seu artigo 17: é livre a criação, fusão, incorporação e extinção de partidos políticos, resguardados a soberania nacional, o regime democrático, o

pluripartidarismo, os direitos fundamentais da pessoa humana. Garante ainda a Lei Maior, no mesmo artigo, direito a recursos do fundo partidário e acesso gratuito ao rádio e à televisão aos partidos com registro na Justiça Eleitoral. (SADEK, 1993).

A facilidade para a criação de partidos torna os custos desta empreitada muito baixos, face aos benefícios garantidos por lei, o mais importante deles o acesso gratuito aos meios de comunicação. Não existindo cifras mínimas para que uma legenda ou coligação possa ser representada no parlamento, tem-se uma exagerada fragmentação partidária. Dois fatores combinam-se, pois, para acentuar a fragmentação: a facilidade na criação de partidos e a ausência de qualquer limite mínimo para a obtenção de representação. Em 1982, por exemplo, muito embora a legislação determinasse um mínimo de 3% dos votos como condição para a obtenção de representação, este dispositivo foi postergado para as eleições seguintes e nunca operou de fato. Saiu-se de um sistema altamente regulamentado para um em que domina a inteira liberdade e que torna fértil o campo político para corrupção.

À medida que o Estado se consagra como poder impessoal e lugar do universal, os laços domésticos aí presentes passam a ser repudiados em nome de uma moral pública. Mas que moral pública é essa?

Para entender do que se trata essa questão, cabe lembrar que o processo de gênese do Estado é interpretado como um processo de diferenciação, que produz o aparecimento de novos dirigentes, e de distribuição do poder concentrado na pessoa do rei através de uma cadeia de agentes interdependentes. O exercício do poder supõe, portanto, a concessão de poder a agentes intermediários. Essa delegação produz múltiplos pontos de autoridade na rede complexa que constitui o Estado e, desse modo, amplia as possibilidades de que esses pontos - a partir dos quais são controlados informações, recursos, execução de ordens e direitos - sejam utilizados em benefício dos próprios detentores.

Para nós brasileiros, os desvios no uso do poder, impulsionados não raramente pela introdução da lógica doméstica onde deveria prevalecer a razão do Estado em função das multidões, possibilidade inscrita na estrutura de distribuição de poder, é o que faz com que o interpretemos nesta pesquisa, assim como Bourdieu (2014) e Bezerra (2012), a corrupção como estrutural. Assim, observa-se neste estudo a influência "duvidosa" do legislativo na dinâmica do campo da saúde nacional. Acredita-se, desse modo, que o SUS embora consolidado no texto constitucional tenha sofrido com as ações tendenciosas tanto do executivo quanto do legislativo; condição que teria se agravado no lulopetismo[51] graças à

[51] Petismo com culto à personalidade de Luiz Inácio Lula da Silva, segundo Gasperi (2009). Gasperi, E. O Lulismo chavista apresenta o Chaveco. Folha de São Paulo. São Paulo, domingo, 06 de dezembro de 2009.

institucionalização do presidencialismo de coalização.

Essa situação diz respeito ao desvirtuamento das regras do jogo democrático (Bobbio, 2001) e ao transformismo político (Gramsci, 2006), que submete a política de Estado do SUS, embora sacramentado, a enxertia de um grande número de emendas constitucionais, medidas provisórias, decretos, leis ordinárias e complementares que tendem a afetar o texto constitucional de acordo com os interesses privados ou estatais. Sendo assim, a aposta é que estes instrumentos legais possam estar sendo utilizados de acordo com os verdadeiros interesses para qual o executivo e o legislativo advogam, mantendo viva a prática do clientelismo político brasileiro (NUNES, 2010).

Desta maneira, a partir desses mecanismos legais acreditamos que existe um movimento no executivo e no legislativo que tende a fomentar o crescimento da saúde privada no país. Seja por conta da relação de dependência que os políticos estabelecem com seus financiadores de campanha ou pelo direcionamento neoliberal que considera o SUS como uma esfera mercantil.

Em relação ao financiamento privado das campanhas existe uma discussão norteada por autores como Bahia, Avritzer, Fisher, Caetano, Comparato que defendem que este tipo de financiamento é prejudicial à manutenção do *status quo* do Regime Democrático de Direitos brasileiro. Para eles, este tipo de financiamento acaba por instituir uma relação profunda de dependência dos políticos a sua “base financiadora”, o que em última instância estabelece um direcionamento do papel dos parlamentares em favor do capital econômico.

O fato é que o sistema político brasileiro tem sido submetido a permanente interferência do poder econômico. E este movimento tem colidido com o aprofundamento da democracia, onde deve prevalecer a liberdade, a igualdade e a solidariedade. O voto de cada cidadão deve ter valor igual, mas mais do que isso, é necessário que se tenha livre escolha entre aqueles que se apresentam a cada nova eleição. O que normalmente não ocorre segundo Reis (2014), o juiz da ficha-limpa denuncia em seu livro “Nobre Debutado” que no Brasil não há eleições e que a política é movida a poder e dinheiro.

No Brasil real, o processo de democratização logrou a abolição de algumas poucas práticas clientelistas do passado a partir da instauração do Estado Burocrático, mas a verdade é que ainda não foi capaz de evitar que, por meio de mecanismos formais e informais de influência, a politica seja capturada pelo poder econômico via elitismo. O que gera uma crise de representatividade tal como estamos vivenciando no Brasil atual e que coloca a nossa

democracia em cheque.

O financiamento privado de campanhas eleitorais parece ser então o principal instrumento formal para que ocorra a polarização do governo pelo mercado. No sistema brasileiro tanto empresas quanto pessoas físicas podiam até recentemente fazer doações.

Denúncias como a franca cooptação dos políticos em favor dos empresários da saúde podem ser ilustradas pelo montante do investimento continuo feito pelo privado nas eleições. Bahia (2015) declara que as 70% das doações dos empresários da saúde nas eleições de 2014 que foram destinados ao PT ficaram pendurados na conta do pragmatismo, na governabilidade. Com isto é inevitável concluir que o financiamento privado de campanhas legitima a conversão do poder econômico em poder politico e, por essa via, em direito vigente, de observância obrigatória para todos.

Conforme Avritzer (2016), o maior problema gerado por essa forma ilegal, corrupta e ineficiente de financiamento político é a perda da legitimidade do sistema político aos olhos da cidadania agravando a crise de representatividade. Todavia nem sempre o financiamento proveniente do capital privado redundará em corrupção. É preciso ter cuidado para não confundir os conceitos de corrupção com outros tipos de aparelhamento do Estado como a cooptação ou captura.

A segunda e não menos relevante instituição democrática que contribui para o aumento da corrupção é o presidencialismo de coalizão, que apesar de ter sido considerado por Abranches (1988) como uma saída para dar conta do impasse travado pela constituinte e impresso na constituição de 88 onde o corpo do texto segundo Nobre (2013) era parlamentarista e a cabeça presidencialista, não tem proporcionado a governabilidade de outrora. Vale dizer então, que este tipo de arranjo foi pensado de forma a assegurar a maioria no congresso para aprovação das propostas presidenciais. Contudo, o problema reside justamente no custo desta coalizão para a representatividade democrática como temos visto.

Ao problematizar esta questão nos baseamos nas implicações envolvidas na regra da maioria segundo Bobbio (2003). Nos sistemas políticos democráticos a regra da maioria é aplicada tanto para eleger os que serão detentores do poder de tomar decisões que afetam a sociedade, como para fixar as deliberações dos órgãos colegiados supremos (BOBBIO, 2003, p. 261). Entretanto, ao examinar a regra com um olhar mais acurado, Norberto Bobbio assevera que “isso não implica: a) que a regra de maioria seja exclusiva dos sistemas democráticos; b) que nesses sistemas as decisões colegiadas sejam tomadas exclusivamente mediante essa regra” (2003, p. 261).

> [...] democracia e regra de maioria, longe de serem conceitos de extensão semelhante, só têm uma parte em comum: esta pode ser superposta, já que, por um lado, podem existir sistemas políticos não democráticos que aplicam a regra de maioria tanto na eleição do órgão decisório supremo como na tomada de decisões de grande importância; e por outro, nos sistemas democráticos há determinações coletivas que não são tomadas com base no sistema de maioria, mas nem por isso esses sistemas deixam de ser democráticos. (BOBBIO, 2003, p. 261)

Parece evidente que a identificação equivocada entre os dois conceitos decorre de um entendimento deturpado de democracia como governo da maioria. É premente esclarecer, portanto, que Bobbio parte de uma definição mínima de democracia, como conjunto de regras do jogo, na qual a regra da maioria é simplesmente uma regra para o cálculo dos votos que não pode ser considerada como um ideal no qual se sustenta um sistema democrático.

Bobbio afirma, ainda, que dizer que a democracia é o governo da maioria não significa afirmar que se exerça o poder mediante a regra da maioria propriamente dita. Com os olhos voltados ao pensamento de Aristóteles, o italiano assinala que por "maioria" se entende o sujeito coletivo do poder político, indicando, assim, quantos governam e não como governam (BOBBIO, 2003, p. 262).

Neste sentido, fundamentais são as observações de Luís Roberto Barroso sobre a temática: Entre o constitucionalismo e democracia podem surgir, eventualmente, pontos de tensão; a vontade da maioria pode ter de estancar diante de determinados conteúdos materiais, orgânicos ou processuais da Constituição. Em princípio, cabe à jurisdição constitucional efetuar esse controle e garantir que a deliberação majoritária observe o procedimento prescrito e não vulnere os consensos mínimos estabelecidos na Constituição.(2009, p. 88).

Desta forma, a jurisdição constitucional exsurge como um legítimo ponto de equilíbrio entre o exercício da democracia e dos mecanismos de formação da vontade coletiva como, por exemplo, a regra majoritária. Igualmente, na visão de Barroso (2009, p. 286) a Constituição deve desempenhar dois papéis importantes. Primeiro, deve assegurar as regras do jogo democrático, possibilitando a participação política de todos e o governo da maioria. Contudo, assevera o autor, a democracia não se resume ao princípio majoritário. Tomando o ilustrativo exemplo do constitucionalista carioca: "se houver oito católicos e dois muçulmanos em uma sala, não poderá o primeiro grupo deliberar jogar o segundo pela janela, pelo simples fato de estar em maior número" (2009, p.286). Aqui se verifica, por fim, o segundo papel de uma Constituição, isto é, proteger valores e direitos fundamentais, mesmo que contra a vontade majoritária.

O sistema proporcional implantado criou o presidencialismo de coalizão e desde então, para Avritzer (2016), as negociações para a conquista das maiorias no Congresso Nacional

têm como moeda de troca recursos públicos alocados no orçamento da União ou a distribuição de cargos nos ministérios. Tal estratagema certamente também leva a corrupção e perda da legitimidade do poder legislativo pela opinião pública.

Ao analisarmos a composição dos ministérios de 1994 a 2015 podemos observar a profusão do número de ministérios e de ministros e a rotatividade de ocupação das cadeiras, de fato parafraseando Boaventura, tudo fruto de "alianças políticas que não duram uma manhã". Fernando Henrique teve 96 ministros de oito partidos diferentes, Lula teve 103 ministros de nove partidos e Dilma superou os dois.

Conforme Almeida (2007) Melo (2008) e Reis (2014), é possível afirmar que dada às características da nossa democracia onde a cultura da corrupção está intrinsicamente inserida, concordando com Limongi (2015) e Ames (2003), o presidencialismo de coalização se transformou em um dos maiores motivadores da ingovernabilidade que assistimos no Brasil de hoje e pode ser a pá de cal do Estado Democrático de Direitos concebido pela Carta Magna caso não haja rápida resolução da crise aguda e grave da política nacional.

Abranches (2016) alega que o problema enfrentado por nosso modelo político, não se resume à má gestão da coalizão ou à incapacidade gestora da presidente. Para ele, o presidencialismo de coalizão requer habilidade na formação e na gestão das coalizões, mas, há algumas condições funcionais subjacentes à crise política atual, que contextualizam a capacidade de gestão da coalizão. O que me parece interessante no modelo não é tanto o risco tido como inerente à delegação de poder, mas o reconhecimento da força e a capacidade que possui a lógica doméstica de se impor à moral pública.

Nessa direção, observa-se que embora a corrupção apareça, segundo Bourdieu como um bom lugar para se entender a formação do Estado, creio, no entanto, que é preciso também considerá-la como mais um dispositivo administrativo e jurídico do Estado que, por um lado, delimitam, em diferentes situações e momentos, as condutas tidas como próprias ou não ao mundo público e, por outro, contribui, através das denúncias de práticas irregulares ou desvios, para renovar a dimensão imaginada (ficcional) do Estado. Contudo, ao apontar para condutas tidas como inapropriadas ao Estado, as denúncias de corrupção disseminam a descrença no Estado em sua forma cotidiana e, ao mesmo tempo, como uma forma de teodiceia pública, atualizam a crença num Estado idealizado.

Bourdieu também aborda o tema da corrupção e o associa à corrosão da confiança no serviço público. A perda de convicção no Estado como promotor do justo e do bem comum favorece as apropriações e usos inadequados de seus poderes, como vemos hoje no Brasil. Desse modo, como evidencia Bourdieu ao longo de toda sua análise "Sobre o Estado", a

construção do Estado como espaço público, como lugar do universal é uma obra inacabada e permanente, produto do interesse de distintos agentes e de lutas. Por isso, é também um processo reversível e uma obra passível de ser demolida. Assim como a Democracia. Se houver um consenso tamanho a ponto de elaborar outro marco normativo, para que se possa interromper a dependência da trajetória e promover outros rumos ao institucionalismo histórico.

O fato é que o Estado continua a ocupar, nos dias que correm o centro dos debates políticos. Divide opiniões e ocupa lugar distinto em projetos concorrentes de sociedade. Violência policial, corrupção, garantia e violação de direitos individuais, promoção de oportunidades universais e garantia de bem-estar social são apenas alguns temas que lhe são diariamente associados.

Pensando e relacionando o poder simbólico do Estado brasileiro, considerando que o regime democrático de direitos é fundamentado no principio da solidariedade que por sua vez é a abobada que liga o principio da liberdade e o principio da igualdade. Uma das grandes dificuldades enfrentadas por aqueles que procuram definir uma distribuição socialmente mais adequada de recursos na área de saúde é conciliar justiça e eficiência. Basta lembrar que toda vez que alguém no Ministério da Saúde ou nos organismos internacionais defende a rápida expansão da medicina preventiva e dos serviços clínicos essenciais em detrimento de uma medicina mais complexa ou, então, uma política de financiamento baseada em critérios de custo-efetividade, há, imediatamente, quem reconheça por trás da proposta o velho tecnocrata, aquele ser que, ao defender uma distribuição eficiente dos recursos públicos, se esquece, por exemplo, do doente pobre que será condenado à morte se precisar de um tratamento mais complexo. O difícil é que por mais que tentemos escolher entre justiça/solidariedade e eficiência somos invariavelmente tomados pela certeza de que os argumentos a favor de qualquer um desses critérios são mais fortes do que desejaríamos.

> Essa história maqueneísta de contraposição entre financiamento e eficiência se repete a cada governo. De um lado, o discurso de necessidade de buscar a eficiência que fará melhorar os recursos atuais. De outro, um discurso de busca de mais financiamento que dizem ser uma proposta descabida, pois mais dinheiro sem eficiência levará a mais perda de recursos. Essa é a pior associação: insuficiência e ineficiência que se potencializam. (Carvalho, 2013, p. 19).

Desse modo, dilemas entre justiça/solidariedade e eficiência se repetem quando se procura estabelecer prioridades na política de saúde, o que contribui decisivamente para paralisar o debate normativo associado ao que venha a ser uma distribuição mais adequada de recursos no setor pautado no interesse comum das multidões. Esta dificuldade em avançar o debate normativo acaba contribuindo também para fragilizar o debate teórico. Afinal, quando

se consegue definir aonde se quer chegar, deve-se enfrentar imediatamente a questão de como chegar lá, o que estimula o trabalho de investigação sobre quais são, afinal, as verdadeiras variáveis responsáveis pela produção do atual modelo dual e como se poderia atuar sobre elas no sentido de alcançar um bem-estar comum.

Então, concluiu-se que no setor da saúde deve-se ter clareza quanto ao caminho ético frente a situações de conflito de interesses, a fim de não se incorrer em má conduta, por meio da manifestação do conflito com vistas a possibilitar adequado ajuizamento por parte de quem recebe um suposto benefício ou informação. Reitera-se que a motivação primeira para a investigação científica e a prática médica não é o mero lucro, mas a busca pela verdade e o bem-estar comum do ser humano.

Nesta direção, o próximo capítulo da tese se debruçará na análise dos interesses na produção da normativa produzida a partir do marco Constitucional (inclusive). O exame decorrerá com base no institucionalismo histórico, na dependência de trajetória e na busca do interesse comum em meio à normativa analisada.

Para tal, parte-se da visão de Cheibub; Figueiredo e Limongi (2009) que o sistema democrático estabelecido na Constituição Brasileira de 1988 contém todos os elementos que deveriam solapar a consolidação da democracia: um regime presidencial com um sistema partidário fraco e fragmentado; uma legislação eleitoral extremamente permissiva, que favorece candidatos em detrimento dos partidos políticos; um tipo forte de federalismo, que, de acordo com Stepan (2000; 2004), é o "mais *demos-constraining* do mundo; um Congresso fragmentado; presidentes com poder e disposição de governar por decreto; e um modelo generalizado de clientelismo e de ineficiências econômicas muito difundidas e difíceis de conter". (p. 263).

Conscientes disto, precisamos admitir que a busca pelo bem-estar comum das multidões que compõem a sociedade brasileira esteve subjugada e adormecida nos períodos pós-constituição por influência da ambição desmedida dos interesses privados/partidários e pela conviniência dos interesses públicos estatais. Porém a mesma não está "morta" e deve ser reconhecida e resgatada para sustentar a operacionalização de uma política nacional dual que possa dar conta da saúde dos 210 milhões de brasileiros.

4 O CONTEXTO DA PRODUÇÃO DE TEXTO NA CONDUÇÃO NORMATIVA DA POLÍTICA DE SAÚDE (2003-2015): UMA AVALIAÇÃO CRÍTICA DA TRAJETÓRIA LEGAL DO CAMPO DA SAÚDE

A Política Nacional de Saúde vem sendo implantada como um processo social em permanente construção. Ainda que sua instituição formal tenha se dado na Constituição Federal de 1988, suas origens remontam há muito mais tempo, remontam a crise do modelo médico assistencial privatista[52] que se hegemonizou na segunda metade do século XX, induzido pelo processo da industrialização brasileira. Consonante com este padrão, Marques (2016) salienta que a formação histórica dos sistemas de proteção social[53] se confunde com a própria construção da sociedade capitalista. Sendo assim, o início e o tipo de proteção social realizado no campo da saúde pelo Estado têm sido determinados nos diversos países pelo nível de organização dos trabalhadores (Esping-Andersen, 1991). Não obstante, no Brasil sabemos que o direcionamento da política de saúde foi impulsionado e/ou pressionado também pela sorte de atores do campo, muitas vezes de forma particular e assimétrica.

Deste modo, compreender a condução normativa da política nacional de saúde bem como esses direcionamentos para o campo nos últimos 13 anos[54], nos exige o exame da dependência da trajetória de constituição deste no Brasil, que se fundamentou na opção por uma política de saúde dual (a despeito do desejo por uma política universal por parte dos movimentos sociais e da RSB). Então, acreditamos que este exame se faz necessário para o entendimento dos condicionantes e determinantes normativos do modelo de organização do sistema de saúde brasileiro[55] vigente, na interlocução entre a sua face pública e a sua face privada.

Destarte, a Constituição Federal, promulgada em 3 de outubro de 1988, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja formatação e regulamentação ocorreram mais tarde através das leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990; mas também legitimou a Saúde

---

[52] Este modelo médico assistencial privatista teve as seguintes características: a extensão da cobertura previdenciária a segmentos economicamente integrados da população urbana; o privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas; a criação de um complexo médico-industrial; e o deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não lucrativos (Silva, 1983).

[53] A proteção social atual, de diferentes tipos ou modelos, configuram-se formas de organização e intervenção estatal na esfera social, abrangendo a saúde, a previdência e a assistência social.

[54] Metade da existência do Sistema Único de Saúde (SUS).

[55] Expressão utilizada nas publicações governamentais, tais como: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 604 p. E também por Gadelha, (2010) e; Barros e Piola (2016).

Suplementar, que regulamentou-se a *posteriori* conforme as Lei 9656/98 e Lei no 9.961 de 28 de janeiro de 2000.

A partir deste firmamento legal, a dualidade do campo da saúde se estabelecia e determinaria uma trajetória futura de dependência. Desde o início, a composição estrutural do campo atrelava a dependência da oferta de serviços privados para o setor público e a dependência do setor privado pela compra de seus serviços pelo setor público e igualmente pela oferta dos subsídios e das renúncias praticadas pelo Estado em seu favor.

Todavia, cabe realçar, que embora a dualidade tenha sido sacramentada na Constituição, esta vem sofrendo influências das mudanças políticas e econômicas que ocorreram no decorrer de todos os governos da Nova República. Assim, frente a este contexto de disputas de interesses, a normatização produzida tem sido fruto de pressões exercidas pelos movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e políticos, principalmente de parlamentares que pressionam para conformação de novos arranjos, muita das vezes divergentes da proposta inicial do SUS[56].

Partindo do princípio de que a política de saúde é dual - no nosso entender – esta deveria ter sido conduzida de forma harmônica e cooperativa em prol do interesse comum de todos os brasileiros, principalmente no ínterim dos governos de esquerda no país. Contrariando esta expectativa institucional, neste capítulo, evidenciaremos que esta influência gerou normativas que parecem ter privilegiado os interesses públicos estatais e os interesses privados (com ênfase no período estudado para este último) em detrimento da busca pelo bem-estar comum que a política deveria garantir.

Em face disto, negar essa interdependência entre o público e o privado na saúde seria o mesmo que refutar a ideia de que a normatização produzida a partir de então está impregnada pelas influências impostas pelos contextos políticos-econômico-sociais e seus grupos representativos, muito embora atrelada (como dito) a sua formatação dual inicial. Tal como defende Skocpol (1995). Também seria o mesmo que fechar os olhos para necessidade de cooperação/competição que se deve ter entre o campo público e o privado na saúde a fim de alcançar a eficiência necessária e as bases para sustentação da política de saúde, bem como a consecução do bem-estar comum da multidão de brasileiros e do Brasil.

Neste sentido, o capítulo em curso tem como objetivo destacar o percurso legal normativo do direito à saúde, no período 2003-2015[57], com luz na rede de influência e

[56] Com adendo à falta de apoio da massa de trabalhadores a proposta do SUS.
[57] Governos Lula I, II e Dilma I, II.

interesses que conformaram o campo[58] da saúde no Brasil[59] e a busca pelo bem-estar comum. Cabe ainda ressaltar que esta avaliação se dará ao longo do capítulo fundamentada no neoinstitucionalismo histórico e na teoria da dependência da trajetória conforme o norte metodológico desta tese. A ideia é demonstrar o equivoco normativo que orientou a política dual de saúde a partir de uma ótica binária onde as relações se traduzem apenas entre o público e o privado; desconsiderando o interesse comum da multidão.

Nesse caso, verificamos que ao menos no que diz respeito à produção de textos legais estivemos nos Governos Lula e Dilma presos a lógica binária que pouco otimizou a dualidade no campo da saúde imposta pela Constituição. Partindo, então dessa crítica da condução da política nacional de saúde a partir da Constituição de 88 pelos grupos políticos, narra-se a seguir as transcendências normativas da influência gerada por esses grupos de poder que restringiram frontalmente o interesse comum via legislativo e via executivo.

Pode se dizer que nesta direção, a própria república e sua representação normativa, a Constituição, foram frutos da pressão exercida por esses grupos políticos. A questão que se coloca nesta tese, então, é que justamente estes grupos parecem que foram e são direcionados por interesses públicos estatais e/ou privados. Desconsiderando, os interesses comuns da multidão.

Aqui, então, cabe uma apreciação sobre a instauração da república como defensora da propriedade. Uma crítica transcendental do poder, no qual a lei e o capital são forças primordiais[60]. Contudo, o foco na autoridade transcendente do Estado e no poder simbólico do privado encobre formas realmente dominantes de poder que permanece direcionando os governos, independente da legenda do partido e do presidente – poder encarnado em propriedade e capital, embutido na lei ou plenamente apoiado por ela.

Para Hardt e Negri (2016), a forma de soberania contemporânea dominante está incrustada em sistemas jurídicos e instituições de governança e é por eles apoiada, uma forma republicana caracterizada não só pelo império da lei, mas também, igualmente, pelo domínio da propriedade. O problema é que a propriedade não é vista como comum.

Metodologicamente, é na Arqueologia de Foucault (1987) que se buscam mais

---

[58] Campo, na teoria proposta por Pierre Bourdieu representa um espaço simbólico, no qual lutas dos agentes determinam, validam, legitimam representações. É o poder simbólico. Nele se estabelece uma classificação dos signos, do que é adequado, do que pertence ou não a um código de valores. (Bourdieu, 2014).

[59] Salienta-se que o direito à saúde garantido pela constituição de 88 e legitimado nas leis orgânicas da saúde 8080/90 e 8142/90 foi fruto das disputas ideológicas e políticas travadas pelos grupos de interesses ao longo da redemocratização no Campo da Saúde.

[60] A intuição de que a lei funciona como uma estrutura transcendental inspirou escolas inteiras de pensamento jurídico e constitucional, de Hans Kelsen a John Rawls, a desenvolver o formalismo kantiano em termos de uma teoria jurídica.

elementos para compreender esse campo, *démarche* que envolve enunciados, normas, conceitos, conformando saberes (e práticas) que postulam estatuto de cientificidade. Segundo Foucault (1982, p. 12):

> Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua 'política geral' de verdade: (...) os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sancionam uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.

Tomando também como referência Foucault, pode-se apreender o campo de relações para além da Arqueologia, o que exige revolver o terreno dos sistemas de conhecimento engendrados e acoplados a modalidades de poder, através da Genealogia, quando:

> ... desloca-se a problemática do saber para o poder. (...) a problemática do saber não é abandonada, todavia o foco se dirige para o regime político de produção da verdade. Sob a perspectiva do método genealógico Foucault aponta (...) uma nova analítica do poder que enfatiza suas táticas e estratégias e cuja pertinência não diz respeito à matriz ordem/obediência política, porém aos processos de assujeitamento, ou seja, à constituição de sujeitos assujeitados (Adorno, 1994, p.13).

Nesta direção, analisar a genealogia da dominação (de classe, simbólica e logo burocrática), conforme Bourdieu é procurar o poder nos mecanismos sociais que também produzem as estruturas do Estado. Isto assumindo que ele é um dos instrumentos de que os dominantes fazem uso para impor a sua dominação, e é igualmente a objetivação do ponto de vista dos que dominam, o qual através do Estado dominado se constitui simbolicamente como visão universal no desfecho de lutas contra visões concorrentes que se interpunham face à opinião social legítima (Bourdieu, 1989, 1994 e 1998a; Fernandes, 2007). Grosso modo, a mão esquerda e a mão direita do Estado representam as funções dos Estados modernos contemporâneos (Bourdieu, 1993, 1998b) e se confrontam no interior do Estado num cabo de guerra entre a representação do "interesse público estatal" (mão-esquerda) e interesses dos grupos dominantes (mão-direita).

Segundo Pierre Bourdieu em seu livro Contrafogos 1 (1998), o Estado têm duas mãos. A mão esquerda do Estado são os assistentes sociais, educadores, magistrados, docentes e professores primários, profissionais de saúde constituindo o resultado das reivindicações, das lutas e das vitórias sociais do passado. São considerados pelos ministérios neoliberais como os agentes "gastadores", ao contrário da mão direita do Estado, representada pelos burocratas financistas dos bancos públicos ou privados e dos ministérios que estão sempre em busca de empréstimos, ou seja, teoricamente "gerando" capital[61].

---

[61] É óbvio que esse "capital" não será empregado na aquisição de mais capital (sem aspas), e sim desviado para os interesses privados dos membros da mão direita do Estado, por isso não se deve considerar empréstimos

Em vista disto, a mão esquerda do Estado brasileiro tem chegado à conclusão de que a mão direita não quer mais saber o que faz a mão esquerda. Seja como for, se importando ou não com o andamento de seu lado canhoto, é claro que a mão direita não tem se mostrado interessada em pagar o preço, de nenhuma forma para manutenção da proteção social.

Partindo do pressuposto que a saúde é resultado de um processo social fundamental para manutenção da vida e da sustentabilidade das singularidades que compõem as multidões, portanto um interesse comum a todos. Reforça-se aqui uma reflexão sobre a condução da política nacional de saúde que deveria nortear o arranjo institucional e o *modus operandi* do campo da saúde - que embora entrelaçado constitucionalmente à busca do bem-estar comum - veem negligenciando o interesse comum da saúde da multidão. Ora em nome do poder público do Estado (interesse público estatal), ora em função da influência do mercado.

Considerando todos esses fatores influenciadores da produção da normativa em saúde no país, vale ressaltar que na hierarquia da legislação no âmbito federal essas normas possuem desempenham papéis diferentes. As leis não tem todas o mesmo valor, apresentando diferenças em essência e força, já que cada uma é dotada de uma elaboração peculiar e posição hierárquica diversa das demais. Algumas são mais importantes que as outras. Se duas leis vierem a tratar do mesmo assunto, a lei mais importante, a de maior hierarquia, afastará a aplicação da lei de grau inferior.

No Brasil temos a seguinte sequência decrescente em peso da legislação: Em primeiro lugar, a preponderância, como lei maior, a Constituição Federal de 1988 (alterada como veremos a seguir algumas dezenas de emendas constitucionais acontecidas nesses 28 anos). Em seguida, as leis com predominância das Leis Complementares sobre as leis ordinárias. Depois os decretos federais. Depois, ainda, as várias portarias provindas dos ministros e das secretarias dos ministérios com predominância daquelas sobre estas.

Portanto, as portarias, embora muitas das vezes possam representar os interesses das forças dominantes, jamais podem ditar regras que contrariem a CF, Leis e Decretos (pelo menos é o que nos diz a norma legal). Desse jeito, como posto na tecedura desta tese, a dependência da trajetória da política dual de saúde legitimada na Carta Magna mantém certa restrição a portarias que se propõem impugnar os rumos do campo da saúde construído até então. Todavia, isto não quer dizer que portarias, decretos e leis que intentam afetar a natureza dual da política de saúde não sejam elaborados. Como discorreremos a seguir.

---

realizados pelo FMI e outras instituições financeiras internacionais como empréstimos de capital, mas de dinheiro, o que é bem diferente.

Segundo Carvalho (2013), ao longo dos anos foram lançadas centenas de portarias pelo Ministério da Saúde que contrariaram frontalmente a CF de 88 e as leis orgânicas da saúde. A grande maioria delas ilegal e/ou inconstitucional para os reformistas. Denunciando a prática que acontece no pós-constitucional como rotina de todos os governos que por lá passaram de qualquer matiz ideológico. Contudo, "Havia uma esperança explícita de que com o novo governo comandado por Lula a legislação infraconstitucional produzida refletisse mais os interesses da sociedade brasileira". (CARVALHO, 2013, p.20)

Para o autor supracitado, se faz necessário entender que as ilegalidades, em sua maioria não são praticadas pelo presidente ou por outros mistérios do núcleo duro do governo (Fazenda, Planejamento e Orçamento). Ele alega que o próprio Ministério da Saúde que cria suas marcas próprias ligadas a cada um dos ministros que por lá passam, que, por vezes, conseguem vender ao presidente. Um festival de marcas e normativas operacionais muitas vezes fundamentadas em interesses que não são os da população, e acabam por deixar prefeitos e secretários desorientados. Para a população o que importa é a qualidade e a velocidade da resposta que se oferece a suas demandas. Contrariando este desejo da totalidade de singulares, a diversidade normativa tem corroborado em certa medida para a falta de agilidade e qualidade nos processos. Ou seja, as leis não parecem estar sendo elaboradas em face do interesse comum da multidão.

Em outra via temos ciência de que também o Legislativo participa representando parte da força de interesses que impacta no campo da saúde. Conforme Nilton Pereira Junior[62] (Radis, p13), Vice-Diretor da ABRASCO, "temos o Poder Legislativo 'transvestido' de executivo, ou seja, um desvirtuamento que explicita, de maneira candente, outros interesses e lobbies de empresas".

Diante desse contexto, a normativa produzida nos governos Lula e Dilma parece ter direcionado a política dual brasileira de maneira a aprofundar a lógica binária do público *versus* o privado ao invés de buscar direcionar a política ao norte do bem estar-comum. Entretanto, em função do recorte temporal de análise da condução da política nacional proposta por esta pesquisa - embora tenhamos realizado um exame amplo das normativas em função da busca pelo interesse comum do campo e o jogo de interesses que nestas incidem[63] - focaremos nesta tese apenas as principais alterações legislativas e do poder Executivo que afetaram o campo da saúde; tomando como guia os *cases* das legislações que estiveram atreladas ao financiamento da saúde e a regulação da saúde.

---

[62] In Futuro do SUS, Radis, p10-p17, nº169, out 2016, ENSP/FIOCRUZ.
[63] Estas outras análises serão apresentadas em formato de artigo para publicação.

4.1 A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS): O Texto Constitucional, a Lei Orgânica e suas alterações.

Desde a promulgação da saúde como direito, um conjunto expressivo de leis, portarias ministeriais e ações de âmbito administrativo buscaram viabilizar o projeto político desenhado - cheio de consensos gerais - na Constituição (Baptista, 2007). A ideia desta seção é apresentar brevemente os principais documentos legais, acrescido das emendas constitucionais e medidas provisórias, a fim de se perceber o enfoque dos interesses que afetaram o desenvolvimento da política dual de saúde dado nos Governos Lula I, Lula II, Dilma I e Dilma II. Também se intenciona analisar a dinâmica da relação público-privado, no campo da saúde, neste período, frente às normatizações propostas.

Sendo assim, o texto em questão, então, parte da CF88 e do contexto de implantação do SUS, para dar ênfase na condução legal e normativa que influenciaram os rumos da política nacional de saúde de 2003-2015. Para tal fim, fez-se um exame da atuação, via normativas, do Legislativo e do Executivo na política de saúde na perspectiva do seu dever na consolidação dos princípios constitucionais do SUS, a partir da análise das emendas constitucionais, das medidas provisórias, das leis (inclusive as complementares), das portarias e das RNs (ANS). Examinamos também as portarias a partir de dimensões temáticas: gestão, financiamento e regulação da saúde (suplementar) frente ao projeto de construção/solidificação de uma política de Estado dual, considerando os desafios relativos aos mecanismos de coordenação e de equilíbrio entre o campo da saúde pública e o campo da saúde suplementar.

Contudo, cabe realçar que não trataremos de todas as normativas produzidas de maneira individual, uma vez são milhares e não daria no formato tese para apresentarmos a análise de todas elas. Pinçaremos as mais importantes para demonstrarmos nossa leitura da dicotomia entre o público, o privado e o interesse comum. Desta maneira, de acordo com Marques (2016), considerando a construção histórica do direito à saúde no modo de produção capitalista, essa parte da tese trata de expor e discutir as leis que estruturam a Política Nacional de Saúde e seus impactos na dualidade do campo da saúde e na busca do interesse comum no país no ínterim, principalmente dos Governos Lula e Dilma.

Dito isto, nossa análise crítica parte da constatação de que o texto final da citada Carta Magna, negociado com o Centrão[64], segundo Fleury (1997) incorporou apenas parte das demandas do movimento sanitário. Permitindo assim, que desde a sua oficialização, a Politica Nacional da Saúde do regime democrático de direitos fosse híbrida, claramente composta por dois sistemas de saúde independentes, porém intimamente interligados: o SUS e a Saúde Suplementar. Considerando ainda, que a política dual, apesar dessa hibridização, é uma "Política de Estado", materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã (Teixeira, 2011, p.1). Uma das hipóteses levantadas por este estudo, como já dito antes, é de que o SUS (assim como a saúde suplementar) tenha sido tratado como política de Governo[65] sob a lógica dos interesses privados ou públicos estatais, durante os governos geridos pelo PT e coligações.

Deste modo, é possível atentar que desde a instituição do direito à saúde na Constituição de 1988, houve elementos que afetaram a consecução dos princípios que regem a política dual de saúde, deixando espaço para a segmentação – imposta pela impregnação da lógica binária. Além disso, a carta magna não especificou diversos aspectos estruturais da dualidade da política de saúde (CARRILLO ROA; ALFARO CANTÓN & FERREIRA, 2016). Essas lacunas foram tratadas *a posteriori*, ao sabor dos ventos dos diversos governos nacionais, muita das vezes via portarias e desconsiderando o interesse comum da multidão, como constataremos na sequência deste texto.

Como decorrência da Constituição Federal, a fim de promover uma regulamentação das ações e serviços de saúde em território nacional, elaborou–se no período de 1989–1990 a Lei n. 8.080, de setembro de 1990 – a chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais.

Os vetos presidenciais colocados nesta lei atingiram pontos fundamentais, como a instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Todavia, uma intensa reação da sociedade civil organizada levou à criação da Lei 8.142, de dezembro de 1990, que, no seu artigo 1º, regulou a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde[66]. No momento da criação das Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8080

---

[64] "Centro Democrático" ou "Centrão" contava com representantes do PMDB, PFL, PTB e PDS.

[65] Acreditamos que o número excessivo de portarias via executivo, abordadas no decorrer deste subcapítulo, seja uma forte evidência desta aposta.

[66] A seção de saúde da Constituição Federal e as Leis n. 8.080 e n. 8.142, de 1990, constituem respectivamente as bases jurídicas, constitucional e infraconstitucionais do SUS. Reforça-se que a promulgação do direito a saúde para todos os brasileiros assegurado pelo Estado foi inserido na constituição muito em função da mobilização social provocada pelos reformistas sanitários frente a VIII Conferência Nacional de Saúde.

e 8142), o Brasil já era presidido pelo presidente Collor que impôs ao país, frente às pressões internacionais, uma lógica neoliberal, iniciando assim a política do Estado Mínimo. Esta inserção da lógica neoliberal aprofundou logo de início os desafios de implantação do SUS.

Assim, claramente a implantação do SUS teve já que enfrentar no seu nascedouro alguns desafios. Seus princípios; universalidade, equidade e integralidade sofreram golpes profundos uma vez que, naquele momento, o cenário nacional e internacional totalmente adverso gerava restrições ao financiamento[67] do sistema público de saúde que precisava ainda se materializar (Paim, 2008).

Desse jeito, desde o início, o SUS teve que lhe dar com dois grandes desafios: o desafio de se relacionar de forma oportuna e eficiente com o privado em prol do interesse comum, e o desafio de ser conduzido como política institucional de Estado. Através desta pesquisa, constatamos que não foram poucos os atravessamentos políticos dos diversos governos ao longo dos 28 anos de existência do SUS. Muitas foram às emendas constitucionais, medidas provisórias, leis complementares, portarias e resoluções que ao longo dos governos foram criadas para conferir ao SUS o caráter de política de governos que ele parece ter tido nestes 28 anos.

Como consequência, o que se percebeu, ao longo do transcurso histórico do SUS em detrimento do bem estar comum, foi o modelamento da política de saúde de acordo com as conjunturas políticas e econômicas.

Conquanto, sabemos que a instituição do SUS também produziu resultados imediatos. Para Carrillo Roa; Alfaro Cantón & Ferreira (2016), a efetiva implantação do novo sistema dependeu de um longo processo, mas é possível afirmar que a abrangência do acesso ao sistema de saúde se modificou completamente a partir do SUS, pois toda a população passou a ter direito de utilizar o sistema que oferece um conjunto muito abrangente de serviços de saúde.

---

[67] O financiamento se refere aos mecanismos pelos quais os recursos são mobilizados para financiar atividades do setor de saúde (Carrillo Roa, 2016).

4.1.1 Emendas Constitucionais no Campo da Saúde

Desde a promulgação da Constituição foram aprovadas 95 emendas constitucionais[68]. Destas, cinco emendas constitucionais se remetem, diretamente, ao campo da saúde, alterando ou complementando o capítulo da Seguridade Social na Constituição Federal e outras 5 emendas se referem, indiretamente a saúde: a EC 10 de 7 de março de 1996, a EC 12 de 16 de agosto de 1996, a EC 21 de 19 de março de 1999, a EC n. 29, de 13 de setembro de 2000, a EC n. 42, de 19 de dezembro de 2003, a EC n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, a EC n. 63, 5 de fevereiro de 2010 e a EC n. 86, 18 de março de 2015, a EC n.93 de 9 de setembro de 2016, e a EC n. 95 de 16 de dezembro de 2016.

A EC n.10 alterou os arts. 71 e 72 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para estender o Fundo Social de Emergência até 30/jun/1997; a EC n. 12 permitiu criação da CPMF; a EC n. 21 prorrogou a CPMF; EC n. 29 acrescentou artigos na Constituição Federal para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde; a EC n. 42 alterou o Sistema Tributário Nacional e dispôs sobre a vinculação de receita de impostos para ações e serviços públicos de saúde; a EC n. 51 estabeleceu a contratação dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias por estados, Distrito Federal ou municípios; a EC n. 63 dispôs sobre os pisos salariais profissionais (nacional), e as diretrizes para os planos de carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias; a EC 86 alterou os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução das emendas individuais ao projeto de lei orçamentária; a EC n. 93 prorrogou desvinculação de receitas da União (DRU); e por fim, a EC n. 95 institui o Novo Regime Fiscal (Teto dos Gastos).

Das dez emendas com repercussão no campo da saúde, apenas quatro delas foram concebidas nos governos Lula e Dilma, sendo que três dela foram introduzidas no governo Lula, enquanto, apenas uma emenda foi estabelecida no governo Dilma. No Governo Lula I, foi introduzida: uma emenda cuja dimensão temática foi o financiamento com interesses privados adjacentes e outra ligada à gestão, fomentada pelo interesse público estatizado. No Lula II, existiu uma emenda referente à gestão também influenciada pelo público estatizado como se pode constatar no anexo II.

No Governo da presidente Dilma, a única emenda aprovada referiu-se a dimensão do

[68] Até 5/06/2017.

financiamento e foi claramente influenciada pelos interesses privados de asfixiar a política pública de saúde. Aqui vale realçar que esta emenda produzida no Governo Dilma Roussef foi considerada um retrocesso e produziu um quadro de agonia ao financiamento da saúde. Esta situação, se deu, justamente, em uma conjuntura de grave crise econômica e política nacional, onde o desemprego entraria em uma crescente aspiral empurrando milhões de beneficiários dos planos de saúde de volta para o SUS tornando ainda mais dramática a manutenção da polítca pública de saúde.

Na prática esse movimento resultou na maior fragilidade vivida pelo SUS em seus 28 anos até a aprovação da Emenda Constitucional 95 (a emenda dos Tetos dos Gastos públicos). Mais adiante, discorreremos mais detalhadamente sobre este ponto de discussão.

Desse modo, como pôde ser demonstrado por este estudo até então, desde sua edição até os dias atuais, a carta sofreu emendas às regras institucionais que teoricamente buscavam o aperfeiçoamento institucional de forma a atender as necessidades da nova ordem democrática. Contudo, ao analisar as verdadeiras motivações políticas que geraram a proposição de tais emendas no campo da saúde, identificasse a inserção dos interesses classistas que sempre permearam a política de saúde nacional (Reis, 2011). Não precisa ser dito o quão contraditória esta situação representa na busca pelo interesse comum.

Isso leva a crer que a margem de ação dos dirigentes políticos é muito restrita. Sem dúvida essa margem é bastante reduzida, mas não tanto quanto pensam a extrema esquerda brasileira, nem tão ampla como os *bon-vivants* da direita radical. Enfim, resta um campo em que os governantes dispõem completamente: o campo do simbólico, fazendo uso deste poder de maneira enviesada.

Se a conduta exemplar fosse o alicerce da ação de ambas as mãos do Estado (esquerda e direita); por exemplo, incentivando a ação do Ministério Público, talvez não precisássemos duvidar tanto da conduta e da representatividade dos políticos no Brasil. Simplesmente, porque não teríamos tantos exemplos de corrupção, como a traição à mão esquerda do Estado ou as mais diversas formas de desvio, para fins privados, de bens, benefícios e serviços públicos.

Contudo, basta cruzarmos os perfis dos financiadores de campanhas com as propostas do Legislativo e do Executivo para suspeitarmos quais interesses estão realmente em jogo no campo da saúde, pelo menos no que diz respeito ao direcionamento da política nacional de saúde. Bahia (2011) já nos alertava o quão vultosa são as doações praticadas pelas empresas operadoras de plano de saúde, corretoras de saúde e empresas do CEIS, ao financiamento dos políticos no Brasil. Tamanha generosidade há de se ter um por quê?

Porém nesta pesquisa, a retratação minuciosa destes interesses subjacentes ao financiamento da campanha não será objetivo de investigação. Embora a autora acredite que pesquisas devam ser feitas para examinar em detalhes as disputas de poder no executivo e no legislativo e o financiamento de campanhas no campo da saúde.

Ainda assim, concordando com Almeida (2003), mesmo que tenha se ampliado as instâncias de negociação e tornado as decisões de governo mais complexas, as emendas propostas a CF88 não chegaram a provocar um impasse para a governabilidade do país (Almeida, 2003) nem muito menos foram capazes de provocar uma ruptura na institucionalidade e na dependência de trajetória da política dual de saúde brasileira. Na sequência avaliaremos as alterações trazidas pelas Medidas provisórias.

4.1.2 Medidas provisórias e o impacto no campo da saúde

Outro instrumento legal analisado, a Medida Provisória (MP) é um instrumento com força de lei, adotado pelo presidente da República, em casos de relevância e urgência. Produz efeitos imediatos, mas depende de aprovação do Congresso Nacional para transformação definitiva em lei.

Ao examinarmos as medidas provisórias promulgadas nos governos Lula e Dilma em comparação as editadas nos governos Collor, FHC e Itamar, observamos que tanto os governos Lula quanto os governos Dilma, emitiram menos medidas provisórias do que os demais governos, contudo, considerando as medidas provisórias editadas relacionadas ao campo da saúde, verificou-se que os governos Lula e Dilma obtiveram um percentual maior de produção destes documentos (conforme demonstrado no Anexo III).

Cabe recordar que durante quase todo governo Lula, o governo contou com a maioria no congresso, o que contribuiu para aprovação de medidas de interesses do PT e coligação. Todavia, segundo a análise do texto destas medidas, pelo menos nas que dizem respeito ao campo da saúde estes interesses (do Governo Lula) advogaram em nome do privado.

A seguir, trataremos em detalhes algumas alterações provocadas ao longo da existência do SUS, com exceção da Lei Complementar nº 141, de 13/01/12 e do Decreto nº 7.827, de 16/10/12 que serão discutidos na seção que abordará especificamente o *case* do Financiamento da saúde no Brasil e suas disposições legais.

4.1.3 Leis Complementares no Campo da Saúde

As Leis Complementares são criadas para dar complemento às normas constitucionais. Devem ser aprovada por maioria absoluta, ou seja, pela maioria do total de membros que integram a respectiva Casa Legislativa votante (Senado ou Câmara de Deputados). Suas hipóteses de regulamentação estão taxativamente previstas na Constituição Federal; nos Artigos 7º, I; 14, §9º; 18, §§ 2º, 3º e 4º; 21, IV; 22, parágrafo único; 23, parágrafo único; 25, §3º; 59, II e parágrafo único; 61; 69, entre outros, da Constituição Federal.

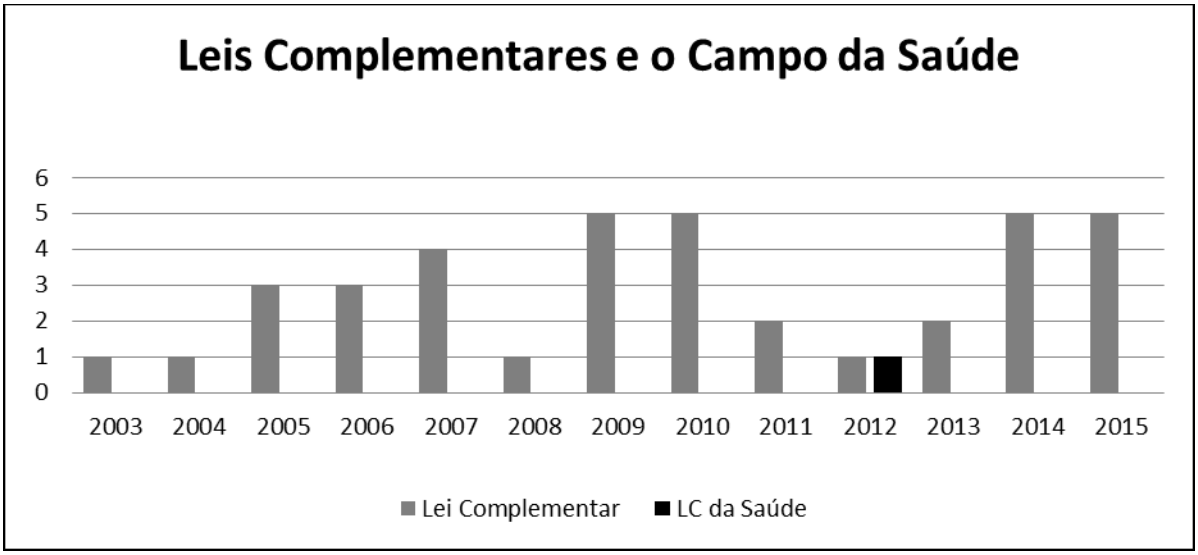
Assim mesmo frente ao diagnóstico de generalidade do texto Constitucional no que tange a política de saúde e das lacunas deixadas por conta disto, uma única Lei Complementar foi elaborada sobre o assunto saúde: a de nº 141, de 13/01/2012, que:

> Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências (extraído da ementa da referida lei).

A promulgação desta lei em certa medida sinalizou que também existe foco no bem estar-comum quando se age de maneira a promover a manutenção da política pública. Pelo mesmo motivo de interdependência de trajetória apontado anteriormente por esta tese em relação à necessidade da viabilidade do campo privado da saúde para dar conta do interesse comum. Sob esta ótica, a interdependência dos dois campos é fundamental para satisfação das necessidades de saúde da totalidade dos brasileiros.

Embora, haja consenso sobre a presença de lacunas no capitulo Constitucional que discorre sobre o direito à saúde, até os dias presentes apenas uma Lei Complementar (no ano de 2012) foi promulgada para dar complemento ao texto Constitucional. O que causa certa estranheza ao tomarmos como parâmetro de comparação as mais de 40 mil portarias elaboradas pelo executivo. No gráfico abaixo demonstra-se a participação do tema saúde na produção das Leis complementares:

Gráfico 1 - Pertinência do Campo da Saúde na composição das Leis Complementares



Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa no Portal da Legislação. http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/leis-complementares-1

Desse modo, foi se percebendo ao longo da execução desta detalhada pesquisa documental que as brechas/ lacunas/ dúvidas produzidas pelo dito e não dito do texto constitucional, pelo consenso generalizado impresso na redação do capítulo referente à saúde, têm sido tratadas ao longo dos governos como questão a ser resolvida pelo executivo (e suas Agências Reguladoras), haja vista o quantitativo de portarias e resoluções editadas ao longo da existência do SUS, como será visto adiante neste trabalho.

4.1.4 As alterações da Lei Orgânica da saúde

Antes de conduzir a discussão da lei propriamente dita, se faz necessário relembrar sobre o tipo de institucionalidade vivida no Brasil por ocasião da criação da referida LOS. A institucionalidade neoliberal da política de saúde acompanhou uma fase de predominância das forças de mercado na política econômica, que esteve direcionada a promover a liberalização econômica, a estabilização monetária, o ajuste fiscal, o estimulo à competitividade empresarial e a redução do papel do Estado na esfera produtiva e na provisão de serviços.

Estas medidas adotadas estavam claramente sintonizadas com o Consenso de Washington[69]. Neste contexto, a lógica binária que abarcava apenas os interesses públicos ou privados norteava as políticas de maneira a privilegiar os interesses do mercado.

Essa conjuntura marcou a política social da época do governo Collor por dois traços principais (Fagnani, 2005): desfiguração dos direitos sociais consagrados na Constituição de 1988 e desorganização burocrática das políticas sociais. Essa influência perversa acabou interferindo na elaboração da principal lei relacionada ao campo da saúde, que saiu a duras penas, já desvirtuada pelo julgo neoliberal nos documentos norteadores sacramentando ainda mais a dualidade do campo da saúde. Para constatar essa fragilidade, basta observar a participação dos interesses do setor privado e a ausência de garantia das bases de financiamento do sistema público de saúde.

Desta maneira, esta normativa deixou, por um lado os reformistas descontentes com os rumos que a tão sonhada política universal tomava, e pelo outro, os privatistas chateados reivindicando maior liberdade de atuação e benefícios.

Nesta conjuntura, a LOS manteve os convênios como forma de repasse de recursos e estabeleceu ainda, em seus artigos as atribuições comuns das três esferas de governo, de forma bastante genérica e abrangendo vários campos de atuação. “Os artigos 16 a 19 procuraram definir as competências de cada gestor do SUS e os artigos 20 a 26 também foram relevantes ao tratarem da participação do setor privado no SUS”. (Castro, Viana, 1992, p. 64, 65).

Os itens da LOS que abordaram as questões referentes ao financiamento e participação social no SUS foram muito prejudicados pelos numerosos vetos presidenciais, sendo esse problema foi parcialmente contornado pela promulgação da Lei Complementar nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Contudo, o que parece de fato é que a LOS ignorou o caráter dual da política de saúde e consequentemente o bem-estar comum dos brasileiros.

---

[69] Consenso de Washington é uma conjugação das grandes medidas - que se compõe de dez regras básicas - formulado em novembro de1989 por economistas de instituições financeiras situadas em Washington D.C., como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, fundamentadas num texto do economista John Williamson, do *International Institute for Economy*, e que se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional em 1990, quando passou a ser "receitado" para promover o "ajustamento macroeconômico" dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades. Entre essas "regras" que deveriam ser adotadas pelos países para promover o desenvolvimento econômico e social estavam: disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto, com eliminação de restrições, privatização das estatais, desregulamentação e desburocratização, direito à propriedade intelectual. A principal medida adotada do Consenso de Washington pelo governo brasileiro foi a política de privatizações, na qual as empresas dos ramos das telecomunicações, de energia, mineração e outros foram transferidos do Estado para a iniciativa privada. (Bastos et al, 2006)

Reconhecida estas questões, iniciaremos o exame das normativas dos caminhos e dos descaminhos vividos pelo SUS, através da análise das modificações da Lei 8.080[70]. Sendo assim, verificamos que a Lei Orgânica da Saúde (desde que foi criada) foi alterada em menor grau ou maior, pelas seguintes leis: nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993; decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994; decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995; lei 9.836, de 23 de setembro de 1999; lei 10.424, de 15 de abril de 2002; lei 11.108, de 07 de abril de 2005; decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; lei nº 12.466, 24 de agosto de 2011; lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011; lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012; lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013, de 2015; lei nº 12.845, de 1º de Agosto de 2013; lei nº 12.895, de 18 de dezembro de 2013; lei nº 13.097 de 19 de janeiro de 2015; lei nº 13.427, de 30 de março de 2017.

Essas leis mencionadas incluíram novos capítulos na Lei n. 8.080/1990, que tratam do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; do Subsistema de atendimento e internação domiciliar; do Subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde; do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS; e do reconhecimento das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como foros de negociação e pactuação entre gestores. Foi incluída ainda nessa lei a declaração de utilidade pública e de relevante função social do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), bem como seu reconhecimento como entidades representativas dos Entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde.

Ao todo, verificaram-se até o momento atual 16 alterações diretas da lei 8.080/90, sendo que 12 alterações foram feitas nos governos Lula e Dilma (destas, oito se referiam a alterações na dimensão Gestão e/ou Financiamento da saúde), este número realça a princípio uma tendência à enxertia no texto inicial norteado pelos reformistas da política nacional de saúde costurada na constituição, muito em função do excesso de generalizações produzidas pelos consensos estendidos gerados na constituinte.

Para Baptista *et al* (2009, p.838-839) "A ação do Legislativo no período de implantação do SUS expressou, por um lado, uma agenda em total conformidade com as demandas do Executivo". Assim, o Legislativo nesses últimos vinte anos tem sido "o

[70] Embora o recorte foco desta tese, se inicie no Governo Lula, achamos fundamental embasar nossos apontamentos nas alterações propostas também anterior a este período. Esta opção foi tomada no sentido de oferecer um panorama geral no *continuum* do tempo – dada a trajetória de dependência da política dual de saúde.

principal vocalizador das políticas definidas pelo Ministério da Saúde, mesmo naquelas que, de alguma forma, se contrapõem aos princípios e garantias do direito à saúde".

Noutra perspectiva, o Legislativo (que deveria buscar o bem estar comum) também expressou uma fragmentação acentuada, com um movimento predominante de atendimento a demandas legítimas, porém específicas de determinados grupos (classistas). Tais demandas ganharam espaço e se transformaram em leis pontuais à medida que as diretrizes da Constituição e da LOS não se concretizaram completamente. Por outro lado, geram contradições em relação a uma concepção mais abrangente e comprometida com o interesse comum. No anexo I desta tese é possível observar com mais detalhes o teor destas alterações sofridas pela Lei Orgânica da Saúde.

Fato é que no decorrer do exame das leis que foram promulgadas após a constituição e a LOS percebeu-se que todas, a despeito das opiniões polarizadas, apresentaram dependência de trajetória da normativa dual impondo-lhe um tom público estatal[15], não obstante, foi visto também que em certa medida os interesses comuns estiveram implicitamente representados pelos interesses públicos impregnados nestas legislações.

Dessa maneira, a interpretação feita a partir da análise dos interesses que motivaram a criação das referidas leis que incidiram sobre a matéria regulamentada pela Lei 8080/90 foi a de que apesar da expectativa de norteamento isolado do interesse privado nestas leis, estes estiverem presentes sobrepostos aos interesses públicos (estatal) de operacionalizar a política de saúde no campo da saúde pública. Percebeu-se assim que os interesses em voga, embora contraditórios, funcionaram (neste caso) também como processo auto reforçador da dualidade da política.

4.1.4.1 Lei 8142/90: início da participação institucionalizada e da vida longa de fragilidade no financiamento do SUS

"A Constituição Federal de 1988 inovou ao garantir a participação social na gestão das políticas sociais" (COSTA & VIEIRA, 2013, p.237). Contudo, o texto da LOS 8080/90, não especificou como se daria a concretização da participação social no interior do sistema. Essa lacuna postergou a institucionalização desta participação para uma lei posterior. Essa definição foi trazida, então, pela lei 8142/90.

A institucionalização da participação social se materializou em Conselhos e Conferências de Saúde, tendo como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável a presença e ação da sociedade. Acreditava-se que ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passavam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevalecesse o interesse de todos.

Contudo, o tipo de participação social que foi desenvolvida no SUS, principalmente na sua segunda metade de vida foi, de acordo com Bravo (2012), institucionalizada em demasia. Tanto que pôde ser capturada pela maquina do Estado e/ou pela cooptação privada dos conselheiros via políticos. Assim, a intensa relação dentro do sistema parece ter gerado um tipo de participação onde os interesses defendidos nem sempre advogaram pelo interesse da multidão. Apesar de esta ser uma prerrogativa necessária para se conferir sentido à esfera coletiva de decisão igualdade e liberdade de opinião entre os atores e para tomada de decisão baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade em direção ao interesse comum da multidão. Sentido que ao longo da participação instucionalizada do SUS foi se perdendo.

Mesmo assim não se pode negar o avanço da participação frente às demais políticas públicas, não apenas pelo aspecto da legitimação dos espaços participativos como também pela sua ampliação/descentralização para todo o território nacional.

Segundo Medeiros (2010), esse cariz legislativo também pode ser interpretado, de forma paradoxal, como inibidor do caráter auto sugestivo dos movimentos sociais devido à iniciativa do estabelecimento dos Conselhos estarem se dando, principalmente, pela via governamental, logo possibilitando que a população perca identidade com o processo, que pode se tornar um mecanismo “imposto pelo alto”. Fato que pode ter contribuído para resumir o interesse comum em interesse público estatizado ao longo do tempo.

As mudanças conjunturais de reestruturação do capital e de redefinição do Estado — que Carvalho (2005) caracteriza como mudança na permanência, pois, nas palavras da mesma (2005, p.5), “(...) seu caráter intervencionista se conserva, efetivando uma intervenção de um novo tipo, funcional às exigências do capital nessa nova fase (...)”, lesam a condução histórica da possibilidade de os conselhos se tornarem entidades que, em consonância com os governos, poderiam nortear a efetividade das políticas pela ética da cidadania, tendo em vista poder atender de forma democrática, mais condizente com os direitos sociais, as necessidades da multidão.

Então a crítica elaborada a partir da institucionalização da participação no período após 2003 foi que esta seguiu capitaneada por interesses políticos e partidários, o que parece tê-la coaptado direcionando-a para conveniência dos interesses particulares privados (classistas).

4.1.4.2 Lei n° 8.689, de 27/07/93: A Extinção do INAMPS.

Sobre o fim do INAMPS podemos refletir a partir da visão de autores que alegam que a integração do INAMPS pelo SUS pôs fim, em pouco tempo, a essa figura iníqua dos indigentes sanitários, promovendo a integração do INAMPS ao sistema público único de saúde. Nesse bojo, o SUS teria rompido com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho, a cidadania regulada[71].

O problema é que com a extinção do INAMPS rompeu-se completamente com o direcionamento de verbas oriundas das folhas de pagamento dos trabalhadores que compunham a contribuição previdenciária. Assim, o SUS ficou ainda mais fragilizado no que diz respeito as suas fontes de financiamento. Esse movimento claramente favoreceu duplamente o mercado privado da saúde: primeiro substanciou a fragilidade orçamentária que viveria o SUS ao longo do seu transcurso e em seguida facilitou o crescimento do mercado privado da saúde ao impor a contragosto dos trabalhadores o compartilhamento dos serviços estruturados a partir da sua vinculação trabalhista.

Considerando o exposto acima, neste estudo, salienta-se que os trabalhadores não foram incorporados na luta por um sistema universal e esse erro estratégico impactou e impediu os avanços do SUS no passado e ainda influencia no seu curso em dias atuais.

> O apoio dos trabalhadores ao mercado privado de saúde é uma particularidade brasileira, na maior parte dos países que tem grandes sistemas públicos de saúde, os trabalhadores estiveram na linha de frente da constituição dos mesmos e continuam a representar uma de suas principais bases de apoio social. Esta particularidade brasileira resulta numa precária base de apoio social ao SUS, que é seriamente preocupante (MENICUCCI, 2003; GERSCHMAN e SANTOS, 2006 e ARRETCHE, 2005 apud CEBES, 2014 a, p.4).

[71] Com a extinção do INAMPS, o Ministério da Saúde tornou–se a única autoridade sanitária no nível federal, as SES no âmbito estadual e as SMS no âmbito municipal, alcançando–se assim a direção única em cada esfera de governo, como fora propugnada na Constituição de 1988.

De certo, a mídia também carreou o papel de certa forma opositor ao SUS desde a constituinte. No tocante ao SUS, os meios de comunicação mostram continuamente uma frágil realidade da saúde no Brasil, que de fato não pode ser desmentida. Entretanto, a constância de críticas negativas a respeito do SUS, talvez possa estar contribuindo para a formação de uma imagem de insucesso do mesmo. A predileção da mídia em demonstrar falhas no sistema vigente, que causam choque e comoção geral, de certa forma, tem a capacidade de influenciar para que os serviços públicos de saúde sejam vistos apenas sob uma única ótica, "a não resolutiva", "a defeituosa", "a deficiente" (Oliveira, 2000).

Para Mattos (2016, p.12), "a mídia vem também construindo a ideia que a população precisa de um plano de saúde, apoiados tanto pela classe média quanto pelos movimentos sindicais". Temporão (2016, p.12) acrescenta que "as entidades sindicais apoiam o SUS só na retórica e na prática negociam planos de saúde para suas categorias".

Quanto ao poder da mídia, conforme Bourdieu (1998) é claro que a televisão vem contribuindo para a degradação das virtudes civis, colocando em evidência no cenário político e intelectual, indivíduos vaidosos, preocupados em exibir-se e valorizar-se, viajando o mundo para ganharem prêmios de fachada entregues por uma elite academicista vendida e escrava do pensamento único. O que atua frontalmente como barreira na busca pelos interesses comum no país.

4.1.4.2 Decreto nº 1.651, de 28/09/95**:** O Sistema Nacional de Auditoria.

No Brasil, a implantação de processos de auditoria no Sistema Único de Saúde – SUS visou resguardar ao usuário e à União, estados e municípios a qualidade dos serviços profissionais e institucionais, além de preservar o uso adequado do dinheiro público. Esta iniciativa foi tomada por conta dos inúmeros casos de fraudes já constatados no campo da saúde, como por exemplo, os casos de atendimentos de emergência inflados graças às brechas do Plano de Pronta Ação (anterior à Constituição).

Assim a auditoria no campo da saúde foi pensada para tornar o campo público da saúde mais eficiente e defensivo contra fraudes – com foco no interesse comum (para além do interesse público). Em 2000, o SNA foi submetido à reestruturação regimental pelo Decreto n. 3.496 (BRASIL, 2000b), que configurou como competência do Denasus a determinação das

responsabilidades dos órgãos de auditoria, o controle e avaliação, bem como a correção de irregularidades praticadas no SUS.

Deste modo, cabe afirmar, que a proposição do SNA foi de complementar as outras instâncias de controle e regulação, fazer levantamento das principais carências, estimar o impacto das ações de saúde e traçar o perfil de utilização dos serviços para as mudanças necessárias no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde[72]. Todavia, na prática, apesar deste arcabouço normativo, o sistema nacional de auditoria não atuou nos últimos anos de forma consistente para justificar seus fins. De acordo com Santos & Merhy (2006, p.4) "... o conjunto das atividades desenvolvidas não conseguiu consubstanciar esses conceitos em atividades rotineiras dos serviços de saúde".

4.1.4.3 Decreto nº 7.508, de 28/06/11.

Nesse movimento de demora na elaboração de normativas que de fato estivessem imbuídas do norte do interesse comum, somente vinte um anos após a criação da Lei Orgânica da Saúde sua regulamentação foi elaborada através do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 com o intuito de dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e outras providências. Há de se reconhecer que esta regulamentação tardia não foi por acaso. A demora da regulamentação do SUS foi oportuna para que este fosse interpretado de acordo com a conveniência dos interesses dominantes (classistas).

Esta delonga também corrobora para mostrar que o SUS apesar de ser uma fortaleza formal, conforme Santos (2011), foi dotado de muita fragilidade real pelo fato da Lei não ter sido cumprida na sua integralidade, principalmente por nunca ter sido a lei regulamentada com explicitação de seus conceitos, diretrizes e princípios para que o agir administrativo

[72] Melo & Vaitsman (2008), alegam que a qualidade dos registros existentes nos programas ou serviços de saúde é um importante referencial tanto para a avaliação como para a auditoria, podendo influenciar as informações geradas a partir de um processo de avaliação ou de auditoria e, em algumas situações, a qualidade dos registros disponíveis pode ser proporcional à qualidade do programa ou serviço. Essas duas ferramentas situam a abordagem do seu objeto tanto no processo como no produto, além de se constituírem como ferramentas para a credibilidade de um Estado democrático, pois a partir delas é possível buscar eficiência, eficácia, efetividade, transparência e requisitos para a responsabilização (*accountability*) no que se refere ao modelo político e de gestão vigentes (ATTIE, 1984; ZUCCHI, 1992; PINA; TORRES, 2001; BARZELAY, 2002; GOMES, 2002; NORONHA, 2004).

possa se guiar por ideias-forças mantendo, assim, a unicidade conceitual do SUS.

Assim, tanto a Lei nº 12.401 de abril de 2011 (Brasil, 2011) quanto o Decreto nº 7.508 de junho de 2011 (Brasil, 2012) introduziram modificações e acréscimos à Lei nº 8.080 de 1990 referentes à assistência terapêutica e à incorporação de tecnologias no SUS, que pretenderiam contribuir para a efetivação da integralidade. Os sanitaristas formuladores do SUS sugeriam uma "integralidade regulada", embasada em postulações éticas, científicas e sociais (CONASS, 2006), que estabelecesse um acesso equitativo, e que pudesse garantir direitos individuais, em conformidade com as necessidades de saúde da população.

Deste modo, o Decreto trouxe alguns pontos-chave. Entre eles, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que passa a compreender todas as ações e serviços oferecidos pelo SUS, explicitando seus limites por meio de listas de serviços e ações de atualização contínua. Através dele, exige-se que o usuário receba prescrição emitida pelo SUS, conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), sendo a dispensação realizada exclusivamente em unidades do SUS (Brasil, 2012), limitando o sentido da integralidade à realização de todas as etapas do cuidado dentro do SUS.

Contudo, persistiram as dificuldades no atendimento de média e alta complexidade e que a incorporação de tecnologias, que *per se*, sem ações articuladas tem pouco impacto na melhoria do acesso (Pinto; Spedo & Tanaka, 2010). Muitas das vezes os gestores recorrem a convênios ou contratos com a iniciativa privada para dar conta desta problemática, mas a articulação pontual acaba por trazer mais ônus do que bônus para relação público-privado, para a política dual de saúde e, sobretudo, para o bem estar comum dos usuários.

Nesse contexto, a conformação da RENAME é um ponto importante no debate público-privado. As listas de medicamentos essenciais são adotadas mundialmente, elaboradas sobre o conceito de medicamentos essenciais, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1977. A lista é a chave para toda gestão da assistência farmacêutica (AF). A assistência farmacêutica é parte fundamental do direito a saúde, e também é um ponto nevrálgico da relação público-privado. Cabe lembrar também nesta discussão que o SUS é o grande comprador de fármacos da indústria farmacêutica. E é com base na AF que as demais ações, como programação de necessidades, organização do financiamento, da aquisição, da logística e da utilização se estruturaram.

Desde 1997, o Brasil vinha elaborando sua lista de medicamentos essenciais tomando por base critérios de evidência científica, de acordo com a orientação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). As

últimas versões da RENAME (2000, 2002, 2006, 2008 e 2010) foram desenvolvidas com base na avaliação comparativa de eficácia, efetividade, segurança, conveniência e custo de medicamentos para as condições sanitárias prioritárias do país, possuindo cada edição, em média, cerca de 350 medicamentos. A RENAME englobava medicamentos para baixa, média e alta complexidade que representavam as melhores opções para tratamentos de primeira e segunda linha; além disso, era importante ferramenta de gestão, recomendando-se que fosse adotada e possivelmente adaptada e/ou complementada por estados e municípios preocupados em prestar a melhor AF possível aos seus cidadãos.

Em 2012, a RENAME ressurge com conceito e composição completamente reformulados. A Portaria MS nº 533 de 28 de março de 2012 (MS, 2012) a redefine como lista única composta pelos componentes de financiamento da AF (agregando todos os itens de todos os programas e ações do Ministério da Saúde, muitos deles não selecionados com base em evidências), totalizando 810 itens, denominados, pelo texto da Portaria, "essenciais".

A crítica que se faz aqui a tal tipo de lista é de que ela pode ser facilmente tensionada tanto por pressões do crescente mercado de novas tecnologias em saúde quanto pelas oportunidades políticas de ofertar medicamentos muito presentes em ações judiciais, com perfil duvidoso de benefício/risco. Esse panorama já era visto nos estados e municípios, quando a pujança das demandas judiciais individuais passou a impelir a adição acrítica de tecnologias em listas de fornecimento público (Machado *et al*, 2011). Nenhum desses fatores torna legítimo, do ponto de vista da saúde coletiva, a incorporação acelerada ou abusiva de medicamentos pelo SUS. Ademais, ainda não houve, ao que se saiba, esforço extensivo para rever os medicamentos da atual "RENAME", muitos dos quais não deveriam ser disponibilizados no SUS.

Para Santos-Pinto (2013), se a gestão de 350 medicamentos essenciais já era difícil para os entes federativos, administrar os 810 da nova "RENAME" e os que venham a ser adicionados serão ainda mais problemáticos. Diante da velocidade das incorporações de novas tecnologias, muitas de elevado custo, cabe destacar que, ao sustentar o princípio da integralidade no plano da AF, o SUS estaria favorecendo a sua própria insustentabilidade ao longo do tempo, ou seja, afetando o interesse comum da multidão.

Neste contexto, a integralidade segue sendo uma noção útil e ética para identificar valores e características desejáveis para o sistema (Mattos, 2004), desde que remeta não apenas politicamente, mas de modo socialmente pactuado, ao acesso de todos os cidadãos a procedimentos e insumos para o atendimento de suas necessidades, na baixa, média e alta complexidade. É urgente rever a concepção de integralidade que hoje permeia a AF no SUS,

visto que vem se configurando e perpetuando não como um princípio virtuoso, mas como um problema que opera de maneira contrária à resolução das prioridades sanitárias, inclusive se tornado ameaça ao SUS e em certa medida como um entrave para o bem-estar comum.

Outra novidade trazida pelo referido decreto foi a implantação do Mapa da Saúde como ferramenta de planejamento e gestão. O mapa traz descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. Este intenta desta maneira, subsidiar a visualização e o acompanhamento da arquitetura sistêmica das ações e serviços de saúde existentes, contribuindo para: identificar vazios assistenciais e orientar investimentos e expansão dos serviços. Uma ferramenta útil ao planejamento e a busca pela eficiência do Sistema Brasileiro de Saúde como um todo. Portanto, em direção ao interesse comum.

4.1.4.4 Lei nº 12.401, de 28/04/11.

O crescente conflito entre, por um lado, a necessidade de incorporação de novas tecnologias na atenção à saúde e, por outro lado, a necessidade de adequar o uso das novas tecnologias a recursos financeiros limitados promoveu a construção e aplicação de instrumentos de apoio à tomada de decisão por gestores de sistemas de saúde por todo o mundo. Países como Canadá, Inglaterra, Austrália e Polônia têm adotado métodos epidemiológicos e econômicos para auxiliar a alocação de recursos financeiros e no planejamento orçamentário.

O Brasil também vem apropriando-se das ferramentas de apoio à tomada de decisão para gestão do sistema de saúde. Em 2009, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes Metodológicas para Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde. Além disso, estudos epidemiológicos e econômicos já vêm sendo usados no processo de incorporação de novas tecnologias no SUS, conforme estabelece a Lei n° 12.401 de 28 de abril de 2011. Nesse contexto, atendendo a uma demanda da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit) e em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) foi concebido a CONITEC. (BRASIL, 2012)

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), criada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, é um órgão colegiado de caráter permanente,

integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, tem por objetivo assessorá-lo nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. A CONITEC é vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde o qual é responsável pela incorporação de tecnologias no SUS e assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS). Foi criada com o propósito de dar maior agilidade, transparência e eficiência aos processos de incorporação ou exclusão de tecnologias em saúde, estabelecendo um novo marco na institucionalização da gestão de tecnologias em saúde e constituindo preceitos inovadores na avaliação de tecnologias em saúde no Brasil.

A atualização das tecnologias disponíveis no SUS, propiciada pela atuação da CONITEC, já beneficiou mais de 21 milhões de brasileiros. Foram incorporadas novas tecnologias, como: o trastuzumabe para câncer de mama; os novos biológicos para o tratamento da artrite reumatoide; o palivizumabe para a profilaxia do vírus sincicial respiratório em recém-nascidos de alto risco; a vacina contra o HPV (papilomavírus humano) e o stent farmacológico, entre outros.

Nesse contexto, depreende-se que, compreender os múltiplos fatores que influenciam a difusão e o uso de novas tecnologias no SUS, pode contribuir sobremaneira para o desenvolvimento de estratégias que promovam a distribuição equitativa das tecnologias às pessoas que delas necessitam e para, além disso, pode afetar positivamente o mercado da saúde em direção ao bem-estar comum.

Por fim, quando diversas necessidades concorrem pelos mesmos recursos, sua priorização subordina-se à política nacional de saúde, formulada e pactuada pelos gestores das três esferas de governo e aprovada pelas instâncias de participação do SUS, os conselhos de saúde. A dificuldade da escolha é diretamente proporcional à distância entre necessidades e as possibilidades conferidas pelas atuais receitas do setor público de saúde, mas que podiam ser incorporadas de forma planejada e consonante com o setor privado. Neste caso, os ganhos para o interesse comum seriam significativos.

4.1.4.5 Lei nº 13.097 de 19/01/15

A aprovação da Lei 13.097[73] teve uma repercussão ruim entre os reformistas sanitários. O receio de que a entrada do capital financeiro em todos os players que constituem o campo da saúde pudesse vir a ser mais uma estratégia de privatização e vulnerabilidade do devir do SUS foi compartilhada por diversos especialistas.

A polêmica da lei convertida a partir da Medida Provisória n. 656, cunhada "no apagar das luzes do ano de 2014" como disse Santos (2014), traz no seu bojo a autorização inconstitucional da participação do capital estrangeiro no setor de saúde brasileiro. Um atentado para o interesse público? Para o interesse comum?

A resposta é sim, conforme o documento Nota das Entidades "Capital Estrangeiro – Veta Dilma!" produzido em conjunto pelas seguintes associações: ABRES[74], ABRASCO[75], APSP[76], AMPASA[77], ABRASME[78], CEBES[79] E IDISA[80]:

> "a Medida Provisória nº 656 de 2014, editada pela Presidenta da República, inicialmente pretendia reajustar a tabela do Imposto de Renda e outras matérias civis tributárias e financeiras. Porém, a MP foi transformada numa colcha de retalhos com a inclusão de trinta e dois temas alheios à proposta: inclusive matérias que não têm qualquer pertinência com tributação, tais como, um novo parcelamento das dívidas de clubes de futebol com a União e de empresas de radiofusão; o programa de estímulo à aviação regional; a autorização para a construção de um aeroporto privado na região metropolitana de São Paulo, licitação pública, estatuto do servidor público federal, ANVISA, autorização para o capital estrangeiro investir no setor da saúde; entre outros".

Para Souza (2014), no âmbito do debate está a preservação do Sistema Único de Saúde, de áreas estratégicas da saúde no Brasil, o direito à saúde, a relação de público x

---

[73] A alteração do Capítulo XVII - Da Abertura Ao Capital Estrangeiro Na Oferta De Serviços À Saúde modificou a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que passou a vigorar com as seguintes alterações: "Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:
I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:
a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e
b) ações e pesquisas de planejamento familiar; III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e
IV - demais casos previstos em legislação específica." (NR)
"Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros."

[74] Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES

[75] Associação Brasileira da Saúde Coletiva – ABRASCO

[76] Associação Paulista de Saúde Pública – APSP

[77] Associação do Ministério Publico para a Saúde – AMPASA

[78] Associação Brasileira de Saúde Mental- ABRASME

[79] Centro Brasileiro de Estudos da Saúde-CEBES

[80] Instituto de Direto Sanitário Aplicado – IDISA

privado e a fiscalização.

Segundo o CEBES (2014), essa iniciativa brasileira parece estar consonante com a fórmula da "cobertura universal de saúde", que vem sendo construída a partir da iniciativa de doadores e parceiros privados e encampada pela OMS, trazida da forma mais crua no documento publicado pela Fundação Rockefeller intitulado "Mercados futuros de saúde: uma declaração da reunião em Bellagio" (ROCKEFELLER FOUNDATION, 2012). A mesma que fora assinada logo de cara pelo presidente Lula.

No Brasil, o que se percebe ainda é que essas manobras políticas a favor do capital são responsáveis por leis inconstitucionais como a Lei 13.097, mas também por estratégias de privatização "por dentro" como a implantação das OSS.

Para Santos (2014), o título do capítulo XVII da Lei 13.097 "Da abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde" causa espécie por ferir frontalmente a Constituição que veda a participação de empresas e capital estrangeiro na saúde brasileira, de forma expressa.

> O título é uma afronta à Carta Constitucional que vedou ao capital externo, as atividades de assistência à saúde. A regra é a ***vedação***, com as ressalvas da lei. Exceções criadas por lei não podem significar a abertura ao capital estrangeiro das atividades de assistência à saúde, conforme pretende o referido projeto de lei, com escancarado título. Além da patente inconstitucionalidade, causa espécie afrontar a Constituição dessa forma. A ousadia é patente ao se ***abrir*** ao capital externo a atividades vedadas pela Constituição (SANTOS 2014).

A afirmação da autora acima está fundamentada no Artigo 199, § 3º da Constituição: § 3º. É vedada a destinação a participação direta e indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde do País, salvo nos casos previstos em lei.

Ainda conforme Santos (2015):

> A Lei 8080, de 1990, por sua vez dispôs em seu art. 23 sobre tal vedação, ressalvando os casos de: a) doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, b) entidade de cooperação técnica, c) financiamento e empréstimos e) serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresa, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

Por fim, conclui-se que a Lei 13.097 e outras manobras políticas e econômicas em curso, como já apontadas por esta tese, parecem representar de fato verdadeiras ameaças ao direito universal à saúde deturpando a própria noção de bem maior que a saúde tem. Por outro lado, se faz necessário ressaltar que o campo da saúde, frente à crise econômica vivida no país, precisa de fato de investimentos para manter-se operante. Existe a necessidade real de se oxigenar o mercado privado da saúde e mantê-lo de pé, frente a expansão crescente dos gastos em saúde. O que de acordo com esta tese, parece ser também oportuno ao SUS e, por

conseguinte ao interesse comum, uma vez que sabemos que o SUS sozinho não dá e nem dará conta de manter a saúde de todos os brasileiros.

Cabe recordar que o SUS não foi reconhecido pela Constituição como o único meio de se manter o campo da saúde no país, e isto por si só já desconstrói o argumento de que não temos nada haver com a o bom funcionamento da saúde privada (*path dependence*). Esta afirmação nos leva a questionar os interesses que impuserem esta legislação, porém nos alerta para os efeitos positivos que bem direcionada esta legislação pode promover na busca pelo bem-estar comum no campo da saúde. Afinal de conta, o campo da saúde dada seu exponencial crescimento e a evolução das tecnologias necessita de novos investimentos para se manter.

Além destes decretos, emendas constitucionais, destas leis ordinárias e complementares já citadas, foram elaboradas pelo executivo, desde a promulgação da CF88 muitas portarias que incidiram no campo da saúde interferindo diretamente na política de saúde. A seguir abordaremos tais interferências.

4.2 A normatização do Executivo: as Portarias que regulamentaram o Campo da Saúde nos Governos Lula e Dilma, 2003 – 2015.

As portarias são instrumentos legais de regulação de políticas, estando abaixo, na escala hierárquica, somente da Constituição Federal, das leis e decretos. Sendo um ato administrativo com que o Ministro de Estado e os dirigentes de órgãos da administração pública baixam determinações ou ordens, instruções ou normas, objetivando a implantação e/ou o eficaz andamento dos serviços de sua competência[81].

> Em todos os casos, portaria é um ato administrativo normativo que visa à correta aplicação da lei no senado, expressando em minúcia o mandamento abstrato da lei, com a mesma normatividade da regra legislativa, embora seja manifestação tipicamente administrativa (Meirelles, 2006).

No setor saúde, tem havido uma evolução crescente no quantitativo de portarias ministeriais apresentadas a partir dos últimos anos, este quantitativo tem sido em média

[81] A título de exemplo da importância deste tipo de documento no contexto das políticas de saúde, diversas portarias ministeriais regulamentam o SUS, especialmente as que originaram as Normas Operacionais Básicas – NOBs, NOAS e Pactos, publicadas no Diário Oficial de 1991, 1993 e 1996, 2006.

superior a duas mil portarias/ano (cerca de 2.972 por ano)[82]. Desse jeito, o que se verifica de pronto, no geral, é o forte poder de indução que este instrumento assumiu na definição da política setorial. A partir desta constatação, lança-se luz no papel norteador da política de Estado do SUS que o Ministério da Saúde (Poder Executivo) tem assumido e no que há por traz de tamanha produção normativa operacional.

Para Baptista (2007); Amorim (2004); Pessanha (2003), as portarias ministeriais revelam uma determinada forma de condução da política de saúde, onde predominam a atuação do Ministério da Saúde e do Poder Executivo Federal. Na verdade, o que se percebe é que este tipo de arquétipo de atuação do Estado brasileiro está presente em diversas áreas e não exclusivo do setor saúde.

No período de 2003-2015, o maior quantitativo de portarias editadas pelo Ministério da Saúde foi emitido pelo Gabinete do Ministro (GM/MS). A maioria com o objetivo de direcionar o financiamento das ações e serviços de saúde (transferência de recursos) e de organização e avaliação do sistema de assistência à saúde (habilitação, certificação e qualificação).

Desse modo, vislumbrando perceber os interesses que conduziram a produção das portarias e compreender as razões para o aumento expressivo desses documentos e a especificidade de cada discussão, classificamos as portarias conforme os interesses implícitos à sua elaboração (público, privado ou comum) e também selecionamos a produção normativa a partir da lógica empregada por Baptista (2007) , e assim classificamos as portarias em quatro dimensões.

Então, para a sistematização e produção da análise das portarias aplicamos o critério de divisão dos eixos temáticos proposto por Baptista (2007) com uma alteração[83]. As dimensões, então, empregadas foram: Gestão e organização do sistema e da assistência à saúde (Regulamentação do sistema[84], Organização da estrutura[85], Regulamentação de rotinas[86], Habilitações[87], Licitações e cadastro[88]); Financiamento (Transferência de recursos[89],

[82] Mais de 37 mil portarias foram produzidas de 2003 a 2015.
[83] No estudo de Baptista (2007) o terceiro eixo temático era: Programas e ações verticais em saúde (Instituição de novos programas e ações verticais, Reformulação e criação de mecanismos de controle dos programas e das ações verticais).
[84] Normas operacionais, estratégias para a descentralização, planejamento e funcionamento de comissões, regras para o controle e avaliação do sistema, dentre outras.
[85] Mudanças na estrutura do Ministério da Saúde, cargos, funções e secretarias.
[86] Organização dos fluxos e práticas gerenciais do sistema.
[87] Municípios e Estados habilitados conforme as regras das normas operacionais e condições de gestão propostas
[88] Autorização, credenciamento ou descredenciamento para o funcionamento de unidades e serviços de saúde.

Tabelas e procedimentos[90]); Regulação, Linha de cuidados e ações verticais em saúde e Outras (temas diversos[91]). Entretanto, nesta tese apesar de pintarmos um panorama mais geral oriundo do exame do total das portarias, por conta da opção da escolha do financiamento e da regulação como *cases guia*, daremos mais ênfase nas que se atém com as questões do financiamento e da regulação.

Cabe dizer, que a alteração feita ao método de classificação temática inicialmente proposta por Baptista (2007) se deu em função da mudança da lógica e postura do MS em relação ao modelo de cuidado dos programas de saúde, que passou a ser visto de modo transversal na linha de cuidado. Ademais acrescentamos a regulação, por conta que no período estudado a regulação já era temática com significada presença nas portarias ministeriais.

Desse jeito, ao examinar a extensa produção foi possível observar um quantitativo superior das portarias de gestão em todo o período, seguido das portarias de financiamento, que apenas no ano de 2006 apresentou-se em número maior que as portarias de gestão. No entanto, focando no interior de cada dimensão o que se evidencia é a freqüência de alguns temas, que associado ao momento político-institucional, configura outros quadros de análise[92].

Assim, a análise das portarias editadas no período de 2003-2015 permitiu a identificação de alguns elementos críticos na condução nacional da política de saúde no Brasil e de alguns obstáculos no processo de operacionalização do SUS constitucional. Também se verificou que estas se voltaram mais ao interesse público estatizado a despeito do interesse público de viabilidade de operacionalização do SUS consequentemente do interesse comum. Ainda foi possível identificar que a ação do Ministério da Saúde permanece abarcando, conforme também constatado por Baptista (2007) para o período até 2002, os resquícios de uma prática vertical[93], muito embora o MS tenha assumido (principalmente) após 2011 com a lei complementar nº141 um caráter mais coordenador do que indutor de políticas.

Outra constatação possível a partir desta análise foi o grande volume de portarias

---

[89] Definição e gerência de tetos financeiros para Estados, municípios e Distrito Federal; transferências conforme habilitação dos Estados e municípios definidos nas normas operacionais da saúde e incentivos com recursos específicos para programas, campanhas, ações verticais e estratégicas em saúde.

[90] Remuneração para prestadores de serviço.

[91] Dotações orçamentárias, revogando ou anulando outras portarias, estabelecendo a realização de conferências etc. Cabe esclarecer que nesta tese não será aprofundado uma análise sobre nas portarias classificadas na dimensão *outras*.

[92] Esses quadros de análise serão trabalhados em outro momento externo a tese.

[93] Verificou-se ainda que este processo não foi o suficiente para suprimir a indução política que o MS mantém os níveis subnacionais de governo.

publicadas via gabinete do ministro (GM). Em número superior do que publicado por todas as sete secretarias que compõem o Ministério da Saúde. Vale dizer que entre as portarias emitidas pelo GM a maior parte se refere à transferência de recursos. Essa verificação contribui para evidenciar mais ainda o norteamento direto do Ministro da Saúde (chefe do executivo indicado politicamente) nos rumos da política de saúde brasileira, em especial do financiamento. O que nos remete a reflexões.

Essa prática é claramente descrita por Carvalho (2013), que afirma que os ministros da saúde no Brasil criam normativas operacionais do SUS que dificultam o desenvolvimento do SUS e torna mais difícil o alcance do bem-estar comum no campo da saúde, sem contar o desperdício de recursos que já são parcos.

Dessarte foi possível obter da análise das portarias algumas conclusões gerais que servem como ponto de partida para uma discussão mais específica das opções políticas de cada gestão do Ministério da Saúde nos 13 anos apurados.

Para Fleury (2016), o modelo de gestão atual é intimamente vinculado à cara da administração pública deste país, usada de forma clientelista e patrimonialista. Ela segue pontuando que os gestores do SUS ainda são indicados por conveniência político-partidária. Desse jeito, Paim (2015) coloca que essas indicações fragilizaram ao longo do tempo o projeto SUS (como política de Estado) e impediram a continuidade dos processos.

Apesar da organização do *modus operandi* que as Nobs, Noas e Pactos trouxeram para o SUS, registra-se a crítica, concordando com Carvalho (2001) de que lamentavelmente essas normativas incorreram em três erros crassos e maléficos ao Sistema Único de Saúde:

a) tentaram inovar e criaram normas além e acima do que está na CF e na LOS (Lei Orgânica de Saúde) e, geralmente, de caráter restritivo às leis maiores;

b) utilizaram tempo e espaço para repetir o desnecessário, pois já está suficientemente claro ou não precisariam estar escritos em termos de normatização, mas em simples comentários não normativos à CF e LOS;

c) ignoraram a existência da saúde privada e assim por conseguinte dificultaram a busca pelo bem estar comum.

Erros gravíssimos e, se houvesse maior atenção ao cumprimento da lei, todas as normativas, sem exceção, poderiam sofrer impugnação dada a ilegalidade de vários itens nelas contidos. Por não atingirem sua meta de ser o esmiuçamento da lei, elas acabam gerando INs (Instruções Normativas) para ocupar seu papel.

As normativas operacionais ao assumirem o papel da CF e das leis, tentando ilegalmente inovar, deixam de cumprir seu caráter operacional e precisam de uma nova e mais

profunda explicação; as INs: a explicação da explicação.

Bem burocrática e burocratizante, principalmente para as esferas e escalões inferiores (o mais das vezes generalizados como corruptos, corruptíveis e incompetentes). A prova mais inconteste do relatado acima é que a lei 8.080, combinada com a 8.142, determina que todo o recurso federal para a saúde seja passado em valor per capita segundo quociente populacional. Vejamos: A lei 8.080, no art. 35, parágrafo 1o, diz: "Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio". O art.3, parágrafo 1o, da 8.142 diz: "Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35/8.080, será utilizado, para o repasse dos recursos, exclusivamente o critério estabelecido no parágrafo primeiro do mesmo artigo". Com estes dois artigos de leis diferentes só existe uma maneira de interpretação: até regular o art. 35 da 8.080 todos os recursos federais deverão ser repassados aos estados, distrito federal e municípios, exclusivamente pelo critério populacional. O que nunca se cumpriu, e neste sentido todas as normativas afrontam esta prescrição criando outros critérios de distribuição de recursos. Os mais esdrúxulos por vezes.

Discorrendo ainda sobre recursos, no exame das portarias de financiamento foi possível verificar um quantitativo constante de documentos nos dois subtemas: transferência de recursos e tabela de procedimentos. Sendo que as portarias relativas à transferência de recursos representaram 96% das portarias da dimensão financiamento. Mas a principal diferença entre os períodos e as portarias editadas no que tange ao financiamento esteve no quantitativo de documentos que se produziu, denunciando o uso excessivo dessa estratégia a partir de 2003. O que se percebeu foi que os gestores também utilizavam esta estratégia no sentido de compensar de certo modo a restrição de recursos para o financiamento das ações propostas. Esse movimento parece ter representado o movimento de descentralização vivido pelo SUS nos governos Lula e Dilma, porém também evidencia a representação dos interesses públicos estatais. Concomitante com os interesses privados uma vez que a intensa alteração dos métodos de repasses de recursos pode ter provocado uma fragilidade da política pública.

Somado a isto, acredita-se que o déficit da tabela SUS pode também ter se comportado como obstáculo para o pleno desenvolvimento do SUS. Evidencia disto se apresenta quando o critério maior de escolha de serviços privados ofertados ao SUS se dá pelo menor preço e não pela qualidade do serviço ou produto. O que pode ter impactado na baixa eficiência da política pública.

Outra constatação refere-se ao subtema que trata da transferência de recursos ocupa um lugar central no processo de implementação das políticas, pois é nessa área que se exerce

o poder de definir e de induzir a política. Por outro lado, como são portarias específicas que regulam a transferência de recursos, muitas vezes, não passam por discussões ampliadas ou mesmo mais aprofundadas sobre o que está sendo proposto, diferente das portarias que tratam da regulamentação do sistema, onde se incluem as normas, como é o caso do Pacto pela Saúde.

Ou seja, as normas como portarias que definem uma macro estratégia de política têm sido bem mais discutidas do que as portarias que regulamentam as estratégias previstas nas normas. Esse tem sido um ponto de conflito entre o gestor federal e os gestores estaduais e municipais, que reivindicam maior autonomia e o cumprimento dos pactos estabelecidos no momento de formulação das normas e demais portarias de regulamentação do sistema e financiamento. O que aponta que neste caso, o interesse maior em jogo não é o interesse comum, e sim o interesse público estatal insulado da União, majoritariamente.

Também as portarias que tratam de recursos, tetos financeiros Estaduais e municipais, incentivos, valores de tabelas e procedimentos, são áreas de pouca discussão, onde os parâmetros não estão claros ou postos sobre a mesa, permitindo uma baixa intervenção dos Estados e municípios e mesmo das demais áreas do Ministério da Saúde na sua formulação e acompanhamento. Na questão específica dos valores de tabelas e procedimentos a discussão é ainda mais difícil, pois se refere a parâmetros técnicos e séries de gastos que dificultam a compreensão desse processo. E ainda o tornam duvidosos quanto à natureza das motivações da centralização das decisões.

As conseqüências mais visíveis da política de intransparência imposta nas portarias de financiamento se explicitam na relação dos Estados e municípios com o Ministério da Saúde, onde aqueles preferem manter sua parcela de recursos intocada e garantir os recursos como prestadores de serviço e cumpridores das regras estabelecidas. Batista (2007) já sinalizava ser esta uma posição bastante cômoda porque não exige uma revisão do quanto gastam ou investem na saúde e mantêm a estrutura de poder já estabelecida, por isso tem sido tão difícil fazer com que se discuta, por exemplo, tetos estaduais, porque discutir significa rever quem ganha mais ou menos e redistribuir. Portanto, não parece ter sido interesse comum de todos os entes federados em manter o custo-efetividade do SUS.

Identificou-se ainda no exame das portarias que a política de assistência à saúde predominou em todo o período, acentuando a fragmentação do processo decisório na saúde e a reafirmação do poder institucional da área da assistência. A divisão da assistência na atenção básica, média e alta complexidade é outro fator que reforça a fragmentação na condução da política, inclusive no contexto da assistência.

O argumento técnico mascara uma opção política dos governos na definição das diretrizes políticas para a saúde, como no caso do financiamento em que não se discute de forma transparente os critérios para a definição dos valores de tabelas e procedimentos, e a definição dos tetos e incentivos financeiros.

Como já dito, há um acordo implícito entre os gestores, federal, estadual e municipal, para a não revisão dos parâmetros, pois isso significaria uma perda de recursos e um debate real sobre as opções políticas em torno de um modelo de proteção social e a reformatação do pacto federativo.

Por outro lado, as portarias de regulamentação do sistema são de fato portarias de regulamentação da assistência à saúde no seu sentido estrito, o que significa que todos os mecanismos elaborados durante os 13 anos fortaleceram apenas uma área do setor saúde, reforçando a fragmentação decisória na saúde e impedindo a construção de uma política de fato integral em saúde. Embora as portarias produzidas por outras secretarias do MS; SCTIE, SVS, SGEP, SE e SGTES; tenham tido mais relevância, ainda é necessário um movimento de emponderamento destas secretarias e um melhor movimento de integração entre elas e a SAS no direcionamento da política pública de saúde.

Nessa questão insere-se ainda um debate maior sobre o financiamento do setor saúde. Essa não é uma questão regulada nessas portarias, mas que está implícita. Primeiro não se discute valores de tabelas e procedimentos porque esses valores não podem ultrapassar alguns patamares, sua real revisão exigiria um incremento de gastos nesse setor, ou uma recomposição das prioridades de gasto, o que não tem se apresentado na agenda de discussão dos últimos governos. As revisões de tabelas processadas nos últimos anos servem bem mais como um mecanismo de incentivo para uma política a ser implementada do que numa lógica de mudança radical dos parâmetros estabelecidos para os procedimentos de uma maneira geral, sem a discriminação de ações ou vínculo com programas.

Segundo porque a revisão de tetos financeiros e recursos para incentivos também exige um maior aporte de recursos, é impossível discutir redistribuição se o que se propõe redistribuir são misérias, que se diminuídas significa o sacrifício maior de uma ou outra população, já sacrificada – nenhum secretário de saúde municipal ou estadual está disposto a discutir seu teto quando o que já recebe não lhe garante o mínimo para sua população; discutir o teto nessas circunstâncias corresponde a uma situação de suicídio político, mesmo considerando a responsabilidade dos Estados e municípios no financiamento da saúde. Mais uma vez os interesses políticos, transvestidos de interesses públicos se opõem a busca do bem-estar comum das multidões.

A situação orçamentária do país e a defasada tabela do SUS vinham sinalizando para a ruína de um sistema que já está deficitário há muito tempo e se agravou mais ainda em um cenário de restrição. Fracasso este que também tem se imputado ao interesse comum dada a interdependência configurada na dualidade.

O levantamento mais recente do Conselho Federal de Medicina (CFM) identificou que mais de 1,5 mil procedimentos hospitalares incluídos na tabela SUS estão com valores ultrapassados (CFM, 2016)[94]. Esta questão da situação da defasagem da tabela de procedimento toma outro contorno quando analisamos a interface do convênio com os prestadores privados de saúde. Os Hospitais conveniados, filantrópicos e médicos trabalham no limite, atendendo demanda igual ou superior e recebendo cada vez menos. Segundo o balanço feito pelo CFM (2016), há perdas de mais de 400%, considerando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de 2008 a 2014 – período analisado.

Na opinião do CFM (2016), os valores confirmam uma realidade diária: a desvalorização da assistência, com falta de planejamento, financiamento limitado e gestão errática que desestimula os médicos e demais profissionais de saúde que atuam no SUS. Como resultado desse déficit financeiro, o país sofre com o fechamento de leitos, a desativação de hospitais, a crise no segmento filantrópico da assistência e a sobrecarga nas contas públicas de estados e municípios, que precisam se desdobrar para garantir o atendimento da população.

Para Chioro, ministro da saúde, com condutas privatizantes do governo Dilma, e segundo os pesquisadores da reforma[95], o modelo de financiamento do SUS está em transição desde a década de 90, quando o então ministro Adib Jatene deixou de pagar os procedimentos de atenção básica com base na tabela e passou a ter um piso de atenção básica fixo e um variável, de acordo com a quantidade de equipe de Saúde da Família. “Hoje, dos recursos que são transferidos regularmente pelo Ministério da Saúde para estados e municípios, mais de 50% já não são mais baseados na tabela SUS, mas em modalidades de incentivo”, ressaltou[96].

Para mudar a lógica de produção dos serviços de urgência, algumas medidas estão sendo feitas de maneira gradual, como a contratualização da assistência, a implementação de metas de qualidade e de produção e a precificação dos serviços. Chioro alegou que mais de 50% do valor de financiamento do SUS já não é mais da tabela. E que progressivamente

---

[94] Informação do CFM obtida por meio do site http://www.simers.org.br/2016/03/tabela-defasada-do-sus-e-parte-da-ruina-do-sistema/. Tabela defasada do SUS é parte da ruína do sistema.

[95] Pesquisadores expressaram esta opinião claramente por ocasião da promulgação da lei que promovia a abertura do mercado da saúde ao capital estrangeiro.

[96] Cobertura da coletiva de impressa do Ministro da Saúde na FIESP em 2015 pelo site SaúdeBusiness disponível em http://saudebusiness.com/noticias/mais-de-50-do-financiamento-sus-ja-nao-e-mais-da-tabela/.

aconteceria a transformação da tabela em uma referência de informação de produção, um valor quantitativo. Apesar disto, segundo ele um sistema de referência quantitativa sempre vai precisar existir para você saber quantos procedimentos foram produzidos.

Associado a esse debate está à questão das séries históricas e dos parâmetros para a definição dos procedimentos. A opção de se trabalhar com séries históricas de gastos e fixar diretrizes para o repasse de recursos nessas séries também reafirma a desigualdade já existente. As séries estão longe de expressar as necessidades de saúde e os gestores não têm outra opção de discussão do que brigar pelo recurso mínimo para sua região. Aqui também se expressa a força do argumento técnico, quer pelas normas que regulam e especificam a forma de transferência do recurso, quer pelo critério que determina o valor de um procedimento.

Como pano de fundo de toda essa questão está o pacto federativo, o projeto político de Estado e o papel que ocupa a política social e de saúde nesse projeto – o modelo de proteção social que se deseja constituir. As regras de repasse de recursos só poderão ser modificadas se houver uma mudança nesse patamar de discussão. Isso nos dá clareza para afirmar que não serão as pequenas mudanças propostas no bojo das portarias de financiamento do Ministério da Saúde que trarão conseqüências para a saúde da população ou para a forma de organização do sistema. Que o fato dessas portarias terem sido muito criticadas nos últimos anos, especialmente pelo aumento expressivo de documentos produzidos a partir de 1999, indica muito mais uma disputa de poder entre as três esferas de governo do que a busca de uma estratégia para a materialização de uma melhora do padrão da atenção à saúde e de busca pelo bem-estar comum dos brasileiros.

É necessário avançar numa análise crítica dos parâmetros e regras criadas pelo sistema nos últimos anos, no que elas reproduzem e o que de fato se deseja constituir como política de saúde. Nos últimos anos, o quantitativo de portarias que regulam a questão do financiamento e o repasse de recursos da esfera federal aumentou muito, sem uma discussão prévia nas instâncias que têm a função de formular, controlar e acompanhar o SUS (Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde). Essas portarias introduzem mudanças na forma de organização do sistema que são de difícil apreensão ou percepção no momento em que são apresentadas (pelos estados e municípios). Por outro lado, como são portarias que, na sua grande maioria, atrela incentivos de financiamento à adoção de determinadas políticas e práticas pelos gestores estaduais e municipais, passam a ser incorporadas por estes sem uma discussão mais coerente com os princípios a serem construídos no SUS.

Assim, a questão do financiamento é bem mais complexa. A política de financiamento ocupa um lugar de destaque na condução da política nacional de saúde dada a capacidade de

indução que este instrumento apresenta, mas também abriga uma preocupação no gerenciamento dos recursos disponíveis. As portarias de financiamento cumprem determinações dispostas nas portarias de regulamentação do sistema, especialmente as do pacto, e extrapolam a discussão deste quando definem por outros critérios, de forte argumento técnico, quais são as prioridades, quanto alocar e como fazer. Ao longo da análise percebeu-se que o financiamento é uma ferramenta de poder do Ministério da Saúde que tem sido utilizada de forma desbalanceada no processo de operacionalização da reforma.

O outro lado dessa questão, pouco debatido ou explicitado, é o diagnóstico da dificuldade do Ministério da Saúde, ao longo do período analisado (2003-2015) em construir um modo alternativo de fazer política que não seja a forma clientelista, indutora e concentradora de poder, com uma nítida herança de gerenciar serviços. As instituições que hoje compõem o Ministério da Saúde ainda se mantêm como prestadoras de serviço e simultaneamente gestora do sistema. Situação que parece afetar o desenvolvimento do SUS como política de Estado e afetar também a dualidade da política de saúde.

Este processo de emponderamento das normativas infraconstitucionais e infra legais, ressalta a fragilidade constitucional do SUS e evidencia o tratamento de política de governo direcionada pelo executivo que construímos desde a criação do SUS e chama atenção para os verdadeiros interesses em jogo no campo da saúde. Infelizmente, apesar das amplas expectativas de garantias sociais geradas com os governos Lula e Dilma, este movimento de controle executivo da política de saúde se manteve, impondo a política pública os interesses públicos estatais e os interesses do mercado.

Assim, a análise da política de saúde nos governos Lula e Dilma também em face das portarias editadas ajuda a compreender melhor o papel que esse instrumento exerce no campo da saúde e se de fato tem contribuído ou não para condução do SUS como política de governos, ou seja, para uma centralização decisória no Executivo Federal da saúde. Nesse sentido, as portarias têm servido como um valioso instrumento de poder, reforçando o papel concentrador do Executivo federal que edita portarias que tanto podem validar como desfazer pactos estabelecidos em leis ou mesmo em outras portarias.

Enfim, a análise das portarias nos permite ainda questionar o quanto o Ministério da Saúde tem conseguido atuar na construção de uma política dual nacional de saúde de bases mais sólidas. O que se expressa é um esforço grande na regulamentação de estratégias de curto prazo em atenção às propostas políticas de cada gestão de governo, em detrimento de políticas de médio e longo prazo, capazes de articular gestores estaduais e municipais e a

sociedade civil, e o mercado por mais do que uma gestão de governo, fomentando então um projeto político para a saúde no país.

Esta constatação confirma a hipótese central deste estudo que aposta que a condução da política dual nacional de saúde tem sido dirigida como política de governos (no interim dos governos do PT) em detrimento da política de Estado que deveria ser. Embora tenha existido avanços na gestão do PT coligação no período 2003-2015, houve muitos retrocessos, inclusive a frustração da expectativa que a esquerda brasileira tinha em relação a atuação dos governos petistas na saúde rumo aos interesses comuns da multidão no campo da saúde.

Concluímos assim que as normativas produzidas a partir da legitimação da política dual de saúde na CF88 – embora tenha permanecido atreladas a dependência de trajetória – foram influenciadas por interesses internacionais, nacionais, partidários e classistas que produziram, via legislativo e executivo, normativas que se comportaram de acordo com os governos e que na maioria não se direcionaram a promover o bem estar-comum da multidão de brasileiros.

Diante de tudo que foi dito até aqui, demonstraremos, a seguir, através do exame do *case* do financiamento da saúde e do *case* da regulação da saúde suplementar, a translação e a transversalidade dos contextos da influência, da produção de texto e do contexto da política na prática na condução da política dual de saúde frente à demanda do interesse comum. Desse modo, caracterizaremos e discutiremos mais amiúde esse quadro de complexidade do financiamento e da regulação a saúde gerado pelos documentos legais, como exemplo guia de como o interesse comum não tem sido considerado como norte para estruturação da política nacional de saúde.

4.3 A Peleja Legal do Financiamento da Saúde no Brasil: Um *CASE* de desvirtuamento da busca pelo bem-estar comum.

"Os direitos à saúde estavam garantidos, mas o dinheiro para provê-los não".

(*G.Kornis, 2016*)

A polítca nacional de saúde exige um padrão de financiamento que repõe cotidianamente a necessidade do aumento de recursos investidos no SUS e na Saúde

Suplementar, bem como a superação da relação estreita entre o público e o privado em prol do interesse comum. Em vista disto, um dos principais problemas enfrentados tanto pela Saúde Suplementar quanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) até dias atuais para sua concretização como política de Estado é a necessidade crescente de investimentos. Muita demanda e pouco dinheiro, o que pode comprometer a qualidade e o acesso à saúde da população (Rosa & Grel, 2015).

Nesse sentido, partindo da inferência de que a situação grave de financiamento do SUS afeta a Saúde Suplementar e, por conseguinte compromete a busca pelo bem estar comum dos brasileiros, este *case* tem por objetivo expor a saga do financiamento da saúde brasileira e suas perspectivas diante de um contexto de fortes constrangimentos impostos ao orçamento da seguridade social, onde se verificou, por um lado, a possibilidade de aumento de recursos para a saúde pública mediante a regulamentação da Emenda Constitucional 29 e, por outro, os avanços na aprovação legal da gestão privada de serviços públicos, o que implicou em aumento da apropriação do fundo público por parte do mercado.

Para tanto, consideramos que o orçamento público não é apenas como uma peça técnica que explícita as fontes de financiamento e as despesas apresentadas pelo Poder Executivo e aprovadas pelo Poder Legislativo. Ele é, sobretudo, uma arena de embate político de diferentes sujeitos que interferem na origem e no destino de recursos em função de interesses de classes e de grupos sociais que deveriam se ater em primeira instância a busca do interesse comum das multidões.

Mas, em que consiste essa disputa do orçamento público no capitalismo? O fundo público, que abrange o orçamento público, questão tributária, política monetária, entre outros "instrumentos" da política econômica e de desenvolvimento capitalista, é fruto de correlação de forças estabelecidas entre as classes sociais. Não deve ser apreendido como a manifestação de recursos unicamente para financiar a acumulação do capital ou exclusivamente para reproduzir a força de trabalho (OLIVEIRA, 1998). O fundo público é constituído a partir da arena de luta de classes decorrente da relação contraditória entre capital e trabalho.

Nessa peleja verifica-se um movimento em que a mobilização dos trabalhadores busca garantir o uso da verba pública para o financiamento de suas necessidades, expressas em políticas públicas. Já para o capital, com sua força hegemônica, percebe-se a briga para continuar assegurando a participação do Estado em sua reprodução por meio de políticas de subsídios econômicos, de participação no mercado financeiro, com destaque para a rolagem da dívida pública (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, 174).

O fato é que em tempos de primazia do capital financeiro e da crise do capital, a disputa do fundo público entre o capital e o trabalho tornou-se mais acirrada e profundamente desigual, uma vez que o capital vem sendo cada vez mais privilegiado em detrimento do trabalho, em razão, especialmente, da financeirização da dívida pública e da diversidade de estratégias adotadas na privatização de serviços públicos, nichos lucrativos cada vez mais rentáveis.

Com base nessas considerações, inicialmente, a Constituição Federal de 1988, ao criar a Seguridade Social como um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social (Art.194), definiu que a mesma seria financiada por toda sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e de contribuições sociais específicas da seguridade social, provenientes do empregador, da empresa ou entidade a ela equiparada, incidente sobre folha de salário e demais rendimentos do trabalho, receita ou faturamento e sobre o lucro; do trabalhador e demais segurados da previdência social, incidente sobre a remuneração e sobre a receita de concursos de prognósticos.

Desta maneira, a composição do orçamento da seguridade social fundamentou-se nas seguintes fontes: COFINS – Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade; CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido; CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (1997 - 2007); Concursos Prognósticos; Contribuições previdenciárias – Regimes próprio e geral da Previdência Social; PASEP – Contribuição para a Formação do Patrimônio do Servidor Público; PIS – Programa de Integração Social; Receita próprias e outras receitas (por exemplo, resultantes de bens apreendidos).

Segundo Gentil (2007), o legislador procurou dar estabilidade ao padrão de financiamento, ao eleger várias fontes de recursos. Essa variedade de fontes de recursos da seguridade foi uma conquista importante, mas não suficiente.

Ao adentrar na década de 1990, a crise do Estado vai se espraiar e se tornar terreno fértil para as políticas neoliberais, consolidadas na era Fernando Henrique Cardoso. A situação do financiamento da seguridade social revela uma lógica perversa na alocação do fundo público no Brasil na perspectiva dos trabalhadores e das necessidades sociais reais.

Os recursos originários dessas fontes, com bases diversificadas, integrariam orçamento próprio da Seguridade Social, no âmbito do governo federal. As receitas de Estados, Distrito Federal e Municípios, destinadas à seguridade, constariam dos seus respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União (BRASIL, 1988, art. 195, parágrafo 1º).

No Governo Federal, os recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) seriam

repartidos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde. No caso desta última, previu-se, conforme consta do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluídos os recursos do seguro-desemprego. Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que passaria a definir, a cada ano, qual percentual seria destinado à saúde.

Contudo, esse percentual de 30% dos recursos da Seguridade Social não foi cumprido em 1990, 1992 e 1993. Neste último ano, para agravar a situação, as contribuições previdenciárias, que tradicionalmente tinham parte de sua arrecadação destinada à saúde, deixaram, definitivamente, de ser transferidas. Conforme destacam Mendes e Marques (2009, p. 276), "[...] Nesse ano, apesar da previsão de recursos para a saúde, nada foi repassado com base na alegação de problemas de caixa na Previdência. Esse fato agravou a situação de incerteza e de instabilidade do financiamento da saúde".

Assim, naquele ano o MS teve de recorrer a empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para garantir um mínimo de recursos para a saúde, empréstimos esses cujo pagamento consumiu parte do orçamento da saúde nos anos subsequentes. Para além da problemática de se manter os recursos mínimos necessários para implantação do SUS como política universal e de Estado, o quadro de insuficiência orçamentária foi agravado pela herança deixada pela INAMPS da sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros. Dessa forma, o SUS iniciou a sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma lógica de financiamento que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela limitada da população. Uma das conseqüências desta "preservação" foi o estabelecimento de limites físicos e financeiros para as unidades federadas na lógica do INAMPS.

Ou seja, o SUS, a priori, não adotou uma lógica própria para financiar a assistência à saúde de toda a população, o que significaria um grande remanejamento da alocação de recursos entre os estados. Essa medida, sem dúvidas, gerou uma forte reação política dos estados mais desenvolvidos e que contavam com uma maior proporção de recursos. A primeira alocação de recursos feita pelo Ministério da Saúde, na condição de gestor federal do SUS, baseou-se, fundamentalmente, na situação deixada pelo INAMPS, como resultado da capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária, e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados, pois, agora, a assistência passava a ter um caráter universal.

Para piorar a situação, em 1994, demonstrando a prioridade das medidas de ajuste fiscal, foi criado do Fundo Social de Emergência, hoje denominado Desvinculação de Receitas de União (DRU) que passou a consumir parte das receitas destinadas à Seguridade Social e à descentralização (receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (UGÁ *et al.*, 2012 apud PIOLA *et al.*, 2013).

A DRU depõe claramente em favor dos interesses privados nacionais e principalmente internacionais. Isto se dá porque este recurso foi separado com a finalidade de sinalizar aos investidores privados que o governo tem intenção de cumprir com o pagamento de suas dívidas. Deste modo, é possível constatar a materialização da influência dos interesses privados na condução das políticas públicas uma vez que a DRU impõe ainda mais a restrições de recursos que poderiam estar sendo aplicados na política pública da saúde.

Como descrito acima, nos primórdios do SUS, a conjuntura econômica do país de hiperinflação e endividamento; e o contexto político totalmente desfavorável criado pela introdução da lógica neoliberal parecem ter sido os principais obstáculos à implantação do SUS constitucional no passado[97]. Sendo assim, parte-se da inferência, neste estudo, que as bases de financiamento do SUS já nasceram frágeis e vulneráveis em função dos múltiplos interesses em disputa no campo da saúde. Interesses estes ora classistas, ora privados, ora públicos estatais (insulados), mas quase nunca comuns[98].

Esse quadro de instabilidade orçamentária acompanhou o SUS ao longo de sua trajetória. O crescimento dos gastos privados e o encolhimento dos gastos públicos; inclusive na contramão da elevação dos gastos públicos nos demais países com sistemas universais (Carrillo Roa, 2016); são retratos desta situação, e serão demonstrados no próximo capítulo – o contexto da prática.

Desse modo, o desafio do SUS de garantir a universalidade e integralidade, diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras, e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais têm-se transformado em um grande desafio para os gestores e formuladores de políticas públicas (Carrillo Roa, 2016).

Então, como financiar os sistemas de saúde para aproveitar ao máximo os recursos escassos gerando o mais elevado nível de saúde da população e proteção financeira contra riscos à saúde parece ter sido uma das principais questões enfrentadas pelo SUS para se

---

[97] Contudo, é necessário admitir que a fragilidade legal do financiamento da saúde inscrita no texto constitucional de 88 se deu, como já foi dito, por peleja travada no campo da saúde no processo de redemocratização do país.

[98] Neste caso, "comum" substitui a dicotomia entre público e privado, socialista e capitalista, e as políticas baseadas nesta polarização. (Hard & Negri, 2016)

concretizar como política universal de fato. Outro fator, que corroborou para manutenção desta situação foi a demora para a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, que estipulava a forma de inserção da União, dos estados e municípios no financiamento do SUS.

A Emenda Constitucional n. 29 tinha o intuito de prover a suficiência de recursos, bem como avançar no que concerne à solidariedade federativa, ao estabelecer parâmetros para as relações fiscais intergovernamentais dentro do Sistema Único de Saúde, mas não foi bem isto que aconteceu.

4.3.1 Emenda Constitucional N. 29, de 2000.

A tão esperada Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, alterou os artigos 34, 35, 156, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Apesar de enormes resistências, fundadas no raciocínio de poderosas correntes econômicas contrárias à vinculação de recursos orçamentários, a Emenda Constitucional n. 29 foi aprovada em 2000; e demorou 12 anos para ser regulamentada. Contudo, a falta de regulamentação não deixou de produzir efeitos no financiamento do SUS.

A determinação constitucional, mesmo não regulada infra constitucionalmente, constitui um marco que permitiu a luta política entre os setores que decidem os orçamentos e os diferentes atores sociais que lutam por mais recursos na saúde[99].

A não regulamentação da EC n. 29, juntamente com a Desvinculação das Receitas da União (DRU), foram, certamente, mecanismos utilizados para limitar os recursos públicos na saúde nos Governos Lula e Dilma.

A falta de uma definição precisa sobre o que são ações e serviços de saúde (até 2012) também gerou à introdução nos orçamentos públicos de uma série de ações e serviços que são questionáveis. O resultado desta brecha foram menos recursos para o financiamento do SUS.

Mesmo depois da tardia aprovação ainda restava a necessidade de regulamentação dos dispositivos não autoaplicáveis da EC. Esperava-se que essa etapa fosse bem mais curta, no

[99] Ressalta-se que somente após a Constituição de 1988, os recursos previdenciários passaram a ser apreciados pelo Legislativo, que também retomou a prerrogativa de emendar o orçamento.

entanto persistiram as mesmas dificuldades políticas enfrentadas pela EC n. 29/2000 e mais doze anos se passaram até que esta fosse regulamentada, por meio da Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, que manteve a mesma regra de financiamento, não acrescentando mais recursos tão necessários ao SUS.

4.3.2 Lei Complementar nº141/2012

Em 16 de janeiro de 2012 foi editada, após nove anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei Complementar nº 141 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal e a Emenda Constitucional 29. A morosidade costumeira na tramitação das leis que vão de encontro com interesse comum.

De forma geral, essa lei dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revogou dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e deu outras providências.

Faz-se necessário deixar claro que ambas as legislações (EC 29 e LC141) tiveram o foco no financiamento da operação, não se preocupando com a efetividade e a qualidade das ações de saúde nas unidades federativas e seus respectivos municípios.

4.3.3 Decreto n. 7.827: a regulamentação da Lei Complementar n. 141/2012

O Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012 regulamentou a Lei Complementar n. 141/2012, estabelecendo os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais, além dos procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a LC n.141/12, via SIOPS[100].

[100] O Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado

O gestor do SUS de cada ente da Federação será responsável pelo registro dos dados no SIOPS nos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública para os fins previstos na LC n. 141/2012[101].

Neste sentido, a portaria GM/MS n. 53, de 16 de janeiro de 2013 estabeleceu diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixou prazos para registro e homologação de informações, em observância ao Art. 39 da Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012[102]. O que em última instância, se alimentado de forma efetiva, o SIOPS pode ser uma ferramenta útil para o interesse comum de tornar o SUS eficiente e de obter o equilíbrio ótimo na dualidade da política de saúde. Mas o fato é de que a luta por novos recursos continuava mesmo após aprovação da Lei Complementar 141/2012.

4.3.4 A Luta por Mais Recursos para O SUS no Congresso após Lei Complementar 141/2012.

Frente a este cenário de dificuldades de gerar mais recursos para concretização do SUS e para alcance do bem estar comum, a sociedade mobilizada e o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública entregaram no início de agosto de 2013, 2,2 milhões de assinaturas de eleitores que exigiam a aplicação do equivalente a 10% da receita corrente bruta da União em ações de saúde. O projeto foi aprovado pela Comissão de Legislação Participativa, apresentado como Projeto de Lei Complementar n. 321/2013 e tramitou na Câmara apensado ao PLP n. 123/2012 e se encontra na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) após desarquivamento em 18/06/15.

Também em face da busca de novos recursos para saúde, depois de muita discussão referente à distribuição dos recursos do pré-sal foi aprovada a Lei n. 12.858, de 9 de setembro de 2013, que dispôs sobre a destinação para as áreas de educação (75%) e saúde (25%) de

---

e atualizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos em saúde da União, estados, Distrito Federal e municípios, incluída sua execução. O SIOPS deverá coletar, recuperar, processar, armazenar, organizar e disponibilizar dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde, atendendo às especificidades de cada ente da Federação, de forma a possibilitar o monitoramento da aplicação de recursos no SUS. Foi adotada a certificação digital em todo processo de interface dos usuários com o SIOPS.

[101] A ausência de homologação das informações no prazo de até trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício será considerada, para todos os fins, presunção de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

[102] O livro “A Gestão do SUS” (http://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-do-sus/) apresenta análise mais detalhada do Decreto n. 7.827/2012 e da Portaria GM/MS n. 53/2013.

parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, valendo somente para novos contratos da União com comercialização declarada a partir de 3 de dezembro de 2012. Os recursos destinados para a área da saúde seriam aplicados em acréscimo ao mínimo obrigatório previsto na EC n. 29.

Nas duas casas legislativas, vários projetos continuam em tramitação e propunham aplicar percentuais da Receita Corrente Líquida da União em ASPS que variavam de 15 a 19% escalonado de diferentes maneiras e tempo. Com criação ou não de novos impostos e com diferentes alíquotas. Além dos projetos que já tramitavam no Congresso Nacional sobre o tema, foram criadas em 2013 duas Comissões Especiais, uma em cada casa: • Câmara dos Deputados: Comissão Especial criada para debater o Financiamento da Saúde Pública (CESaúde), relator Deputado Rogério Carvalho. • Senado Federal: Comissão Temporária destinada a propor soluções ao Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil (CTS), relator Senador Humberto Costa.

Apesar de toda discussão e movimentação social por mais recursos, o projeto mais prejudicial ao SUS, apesar da retórica dos governos Petistas prol SUS, foi aprovado pela comissão especial que analisou a PEC 359/2013 que tramitava apensada a PEC 358/2013 do orçamento impositivo. Assim, a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 (EC86) foi promulgada e nela a proposta de aplicação consiste em 15% da receita corrente líquida, e o percentual será aplicado de modo gradual, evoluindo em 5 anos de, no mínimo, 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5%,15%. Incluindo para o cômputo do montante mínimo 50% das emendas individuais e os recursos dos royalties do petróleo estabelecido na Lei n. 12.858/13. O que significou uma afronta direta ao interesse comum, com franca perda de recursos pelo SUS e impacto nos níveis de saúde de todos.

Deste modo, a disputa por mais recursos além de não evoluir favoravelmente para de fato assegurarmos o SUS constitucional ainda sofreu um grande retrocesso com a promulgação desta emenda nº86. Negativamente, essa emenda impactou diretamente na busca pelo interesse comum. O SUS mal das pernas não é interessante nem para o mercado. Lembrando também que o SUS é o maior comprador de alguns produtos e serviços, e maior executor das ações de alta complexidade.

4.3.5 A Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015 (EC86)

A Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015 foi promulgada e altera os Arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária relativa às Emendas Parlamentares e alteração das normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Antes da EC86 a União deveria aplicar em ASPS, no mínimo, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos da Lei Complementar n. 141/2012, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual.

Com a promulgação da EC as alterações em relação à saúde são: – a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor da receita corrente líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, mas que será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo: I - 13,2% da RCL no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa Emenda Constitucional; II – 13,7% da RCL no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa Emenda Constitucional; III – 14,1% da RCL no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa Emenda Constitucional; IV – 14,5% da RCL da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa Emenda Constitucional; e V – 15% da RCL no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa Emenda Constitucional.

No final, os recursos pela exploração de petróleo e gás natural destinados para a área de saúde serão computados para fins do cumprimento mínimo obrigatório ao contrário do previsto anteriormente, pela Lei n. 12.858 de 9 de setembro de 2013, que considerava esses valores um acréscimo ao mínimo constitucional. Outra mudança proposta que afetou o jogo político de influências diz respeito ao projeto de lei orçamentária referente às emendas individuais aprovadas no limite de 1,2% da receita corrente líquida e 50% destinado desses valores definidos para as emendas individuais para a saúde e computados para fins do cumprimento mínimo. O que fere o interesse comum dos brasileiros e sobre todo campo da saúde.

Ainda, podemos observar que, se a EC 86 estivesse em vigor em 2015, o Ministério da Saúde teria um decréscimo no seu orçamento de aproximadamente R$ 899,66 milhões em

relação ao previsto conforme a Lei 141/2012.

Entretanto essa projeção está muito otimista, considerando a projeção da Receita Corrente Líquida pela média de Janeiro a Maio de 2015, nesse caso a diferença seria de aproximadamente R$ 11,55 bilhões. Valores esses imprescindíveis para um sistema subfinanciado. Não se trata aqui de avaliar qual seria o valor para atender às necessidades de saúde para cumprir com o SUS constitucional, uma das referências da reivindicação histórica por mais recursos e fontes estáveis, vinculadas e suficientes para o financiamento do SUS: a gravidade da situação está no fato de que os baixos valores alocados no orçamento federal para atender à aplicação mínima constitucional não são mais suficientes para cumprir com as despesas pactuadas com estados e municípios. Situação que piorou deveras após a aprovação da EC n.95 de 2016[103].

É isso que denominamos como insuficiência orçamentária, algo mais grave que o contingenciamento: de um lado, porque este último torna indisponível o recurso existente, enquanto, no caso da insuficiência orçamentária, os recursos não existem no orçamento. Esse quadro é nocivo ao interesse comum nacional e atua como um obstáculo a busca do bem estar comum no campo da saúde.

Na atual conjuntura histórica, esse quadro se aprofunda com a crise política e econômica nacional, provocando a redução do orçamento da saúde no contexto do ajuste fiscal. Considerando as incertezas do cenário macroeconômico e da própria estimativa da Receita Corrente Líquida em 2018, precisamos construir expressiva base de apoio social e parlamentar em defesa do SUS e da qualidade de vida da população brasileira, que passa não somente pela necessidade de aprimoramento da gestão, mas principalmente pela incorporação de novas fontes de financiamento do SUS, no contexto da Seguridade Social, sobretudo com foco no bem estar comum da multidão.

Sempre faltou dinheiro e agora faltará orçamento! O que virá depois e o que será do SUS não sabemos. O que sabemos é que se, principalmente em relação ao financiamento, as medidas propostas foram incapazes de concretizar um SUS eficiente e foram incapazes de zelar pelo bem-estar comum. E o quadro configurado após o golpe parlamentar à presidenta eleita Dilma parece ser de inviabilização do SUS tal como está posto na Constituição, integral e universal. Parece também configurar um reverso da busca do interesse comum do campo da saúde no Brasil.

---

[103] Embora não seja foco desta tese a EC n.95 que estituiu os Tetos de gastos públicos agravou ainda mais a restrição orçamentária e a reduziu significamente a possibilidade do SUS se concretizar como política Universal tal como posto na CF 88 e como desejaríamos.

4.4 Configuração Normativa do Quadro Regulatório da Política de Saúde no Brasil nos Governos Lula e Dilma: Um exemplo de distorção da Relação Público-Privada no Campo da Saúde na busca pelo bem estar comum.

Outro *Case* que apresentaremos para evidenciar o pensamento sobre o inverso do reverso do comum será o da regulação em saúde. A regulação é vista como um conjunto de ações-meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos para o alcance de resultados que podem estar relacionados à satisfação do consumidor ou ao atendimento das necessidades mais prementes de uma população (SHILLING; REIS; MORAES, 2006). Ainda nessa linha de raciocínio, a regulação aparece como uma maneira de propiciar eficiência econômica e estaria a serviço dela (SALGADO, 2003), podendo ser entendida como um instrumento essencial para a manutenção do equilíbrio de qualquer sistema. Semelhantemente, Crozier (1989) enfatiza a regulação como um dos mecanismos corretores de que dispõe uma nação para controlar seus sistemas.

A regulação abarcaria, então, tanto o ato de regulamentar/elaborar leis, regras, ou normas, quanto às ações e técnicas que asseguram o cumprimento dessas leis, quais sejam fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações (SHILLING; REIS; MORAES, 2006). Ou seja, a regulação deveria ser uma das estratégias que garantiria a efetividade das ações e resultados eficientes do campo da saúde na busca pelo bem estar comum.

De um modo geral, os estudos na área de regulação têm enfocado especialmente sua dimensão econômica. Sob a ótica da teoria econômica clássica, a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir ‘falhas de mercado’, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle (SANTOS; MERHY, 2006). Tais falhas ocorrem quando as perfeitas condições de competição, voltadas para a ‘lei da oferta e da demanda’, não estão plenamente satisfeitas.

Nesse contexto, o Estado pode transferir ações para o setor privado ou agir em parceria com agentes sociais. Transforma-se, portanto, o antigo Estado centralizador da produção do bem público em um moderno Estado coprodutor, mas ainda na condição de responsável último por sua produção (Villarins *et al*, 2012). Para Matos (2013) o Estado Regulador, na saúde suplementar, deu origem a um Estado mais coordenador ao longo das fases da regulação impostas pela ANS.

Fato é que a ação do Estado em função do interesse público/comum é observada

quando a regulação, basicamente, se referir à ação de uma agência pública sobre serviços de valor para a coletividade. Essa ação presume uma autoridade pública formalmente constituída que centraliza as ações de regulação, atuando por fora das relações comerciais e governamentais (WALSHE, 2003).

No campo da saúde pública, o debate mais aprofundado com relação ao conceito, às práticas e às finalidades da regulação, do controle, da avaliação e da auditoria em saúde pública iniciou-se a partir de 2001 com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) que ampliaram a responsabilidade dos municípios sobre a atenção básica e reservam à União e aos Estados a gestão da média e da alta complexidade dos serviços públicos de saúde. No entanto, percebeu-se que a regulação no SUS ganhou força após o Pacto de Gestão (2006), cuja principal finalidade foi buscar maior autonomia para os estados e municípios no que tange aos processos normativos do SUS, definindo a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo e tornando mais claras as atribuições de cada uma, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada. Portanto, prevaleceu na teoria a convicção de que o Estado possui autoridade sobre os provedores de serviços – públicos e privados – para regular suas atividades, de modo a reduzir os custos de operação do sistema, garantindo aos cidadãos um atendimento gratuito de qualidade (ARRETCHE, 2003).

Sob essa lógica, a função reguladora do Estado é fundamental para harmonizar e articular a oferta e a demanda e também o interesse comum, pois a intervenção estatal na saúde seria a única forma de otimizar a alocação dos escassos recursos disponíveis para a sociedade (CASTRO, 2002). Por conseguinte, a regulação, além de se referir aos macroprocessos de regulamentação, também definiu os mecanismos utilizados na formatação e no direcionamento da assistência à saúde propriamente dita (ANDREAZZI, 2003, p54).

Apesar das controvérsias quanto à autoridade para regular, seja o Estado ou o privado, permanece a convicção de que os provedores de serviços devem estar sob regulação[104], independentemente de serem entes públicos ou privados, uma vez que a ação regulatória otimiza os recursos disponíveis, favorece o devido acesso dos usuários e caminha rumo ao interesse comum de todos. No campo da saúde no Brasil, o Estado é o principal sujeito da regulação, compreendendo três níveis de atuação: a) regulação sobre sistemas de saúde; b) regulação da atenção à saúde e; c) regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial (SHILLING; REIS; MORAES, 2006).

Todavia, concordando com Villarins *et al* (2012), apesar dos avanços na forma de

[104] O conceito de regulação vem, ao longo do tempo, sendo aprimorado e usado conforme as mudanças políticas, sociais e econômicas (BARBIERI; HORTALE, 2002).

operacionalização da regulação assistencial, o processo de regulação em saúde ocorre ainda de forma ainda a sucitar melhorias, requerendo um direcionamento com foco mais apropriado ao interesse comum em diversos aspectos. Seria importante dotar esse processo de instrumentos que garantam, de acordo com a necessidade de cada caso, a qualidade do atendimento aos pacientes, a alocação eficiente dos recursos médico-hospitalares e a busca pelo bem estar comum.

Assim, a regulação controla não só o cumprimento das leis para a proteção das singularidades e das multidões, como também controla a qualidade dos serviços. Claramente, a regulação tem um papel importante na proteção da população, impedindo fraudes e garantindo padrões mínimos de qualidade dos serviços de saúde ofertados (SCRIVEN, 2007). Trata-se, portanto, de um processo pelo qual a atividade do setor público e as forças de mercado são direcionadas para o bem público (JEWEL; WILKINSON, 2008), i.e., para a busca do bem-estar comum da multidão.

Contudo, indistintamente, no Brasil, segundo Ibanhes *et al* (2007), a regulação tem como fundamentação a macropolítica de ajuste econômico, de viés neoliberal, a partir da privatização de setores estratégicos , entre eles, o campo da saúde.

Neste sentido, a regulação de mercados é um dos temas mais importantes na economia e nos afeta a todos. O Brasil, por uma série de fatores, é um país conhecido internacionalmente por seu elevado grau de regulação e burocracia. Diversos rankings internacionais deixam isso muito claro. Adicionalmente, uma carga tributária elevada, um Estado mal direcionado e o crescente risco de investimento (a partir de 2013) dão o contorno de uma economia que não consegue extrair todo o potencial produtivo do setor privado. O que impacta no alcance do interesse comum.

Outro ponto que se deve destacar diz respeito à 'cultura da colaboração'[105] que influencia negativamente a relação de cooperação entre o público e o privado nas instituições públicas de saúde. O eterno conflito entre os interesses públicos e os interesses privados é fomentado de forma binária ainda em dias atuais. O problema do principal agente ocorre quando a aplicação da legislação (tais como leis e diretivas executivas) está aberta a interpretação burocrática, que cria oportunidades e incentivos para o executivo como agente desviar-se das intenções ou preferências dos legisladores.

De certa forma, isto ocorre por conta da sobreposição dos interesses classistas dos grupos políticos em relação ao interesse comum. Espera-se que essa visão, ainda presa a

[105] A cultura da colaboração descrita aqui diz respeito

dogmas ideológicos do Séc. XIX, de esquerda e direita inclusive[106], presa ao pensamento binário, evolua e permita que a multidão organizada possa gerar o máximo de benefícios para a sociedade através da construção de um Estado forte, no que tange o fortalecimento dos seus cidadãos no caminho da desconstrução das desigualdades sociais, e ao mesmo tempo capaz de produzir e atrair investimentos privados que possam ir de encontro ao bem estar comum no campo da saúde.

Não se quer dizer com isto que os mercados devam operar livremente. Ao contrário, devem ser regulados de forma que consigam operar da forma mais qualitativa[107] possível. Precisamos compreender que o mercado é formado por pessoas que diariamente trocam mercadorias e serviços de seus interesses. É fruto de séculos de evolução nas trocas humanas realizadas voluntariamente. Mas a regulação, antes de ser uma questão ideológica, é uma questão técnica-econômica. Certamente não existem receitas prontas, mas há de se reconhecer que se sob alguns aspectos se avançou nesta seara em termos teóricos e práticos rumo ao interesse comum. Por exemplo, no que tange ao saneamento do mercado das operadoras de planos de saúde.

No caso da saúde suplementar, a regulação é ainda muito jovem. A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar completou 15 anos recentemente. É natural que o processo regulatório se modifique, sem que com isso se justifique incertezas regulatórias. No entanto, a regulação de mercado deve produzir benefícios sociais acima dos custos sociais. Deve ser limitado aos casos em que o mercado falha[108], e verificados se os custos da intervenção não serão superiores aos benefícios esperados e estarão alinhados ao interesse comum[109].

No Brasil, e não parece ser uma exclusividade do campo da saúde suplementar, as regulações parecem ser emanadas sem que haja uma correta identificação da eventual falha que se busca corrigir e sem que se mensure antecipadamente os custos e os benefícios da regulação. Parte dessa característica se origina no voluntarismo dos chamados *policymakers*, sejam eles reguladores ou representantes do poder legislativo. Esse movimento dos *policymakers* atravessa de maneira negativa a busca pelo bem-estar comum no campo da

---

[106] A terceira via é uma corrente que surge no distributismo e mais tarde na ideologia socialdemocrata, porém, é também promovida por alguns partidários do liberalismo social. Tenta reconciliar os posicionamentos econômicos tradicionalmente associados à direita e à esquerda, adotando uma política econômica ortodoxa e políticas sociais progressistas. Ela não é necessariamente uma alternativa à dicotomia política entre esquerda e direita, mas sim uma alternativa às propostas econômicas do liberalismo econômico e do socialismo (Giddens, 2001).

[107] O lucro é importante, mas o direcionador da organização do mercado deveria estar pautado na ideia de fortalecimento da nação. Esta tendência nacionalista parece ser o caminho que grandes países como EUA e Inglaterra têm trilhado após o transnacionalismo e globalização do início do sec. XXI.

[108] Não se pode esquecer os efeitos de segunda ordem, ou seja, aqueles que são produzidos não intencionalmente, mas que podem provocar novas distorções no mercado.

[109] Todavia, não é objetivo deste trabalho analisar economicamente as regulações editadas.

saúde, que em tese pressupõem uma maior eficiência da regulação da política dual de saúde.

Todas essas questões levantadas apontam para a necessidade de manter o foco no interesse comum para concretização de uma regulação mais eficaz. Deste modo, para enfrentar os desafios que se enfileiram diante do cenário de maior longevidade, conquista social da maior importância, e dos custos assistenciais e da regulação crescentes, a saúde suplementar precisa, sobretudo, ser conhecida. Uma vez que estamos atrelados a uma política dual pelo elo da dependência de trajetória e não há como prosseguir na busca do bem-estar comum (imputado por esta dualidade) sem reconhecimento e cooperação entre os dois campos da política de saúde do país.

Assim, esta tese também sinaliza que a saúde suplementar precisa ser conhecida em seus fundamentos, seus conceitos, sua dinâmica própria e arcabouço regulatório peculiar. Essa não é tarefa fácil, mas crucial para que possamos avaliar em profundidade um campo com grande contribuição para a geração de riqueza no país, para a inovação tecnológica na cadeia de prestação de serviços médicos, e, que, definitivamente, consolidou contribuição para a proteção e bem-estar de milhões de beneficiários, garantindo-lhes o acesso de qualidade a tratamentos e serviços de saúde, e, atualmente, produzindo mais de um bilhão de procedimentos médicos anuais.

A "falsa" ideia que transita entre os defensores do SUS[110] de que para conseguir que o SUS funcione de fato como uma política universal tenhamos que nos deter apenas a análise do campo da saúde pública é equivocada. Até porque para que possamos fazer uma crítica contundente e propor estratégias que possam fortalecer o SUS precisamos entender também a dinâmica e os interesses que conduzem a Saúde Suplementar no Brasil.

Ambos os campos; o da saúde pública e o da saúde suplementar encontram se interconectados e são interdependentes. Suas interfaces são muitas e múltiplas; como exemplos podemos citar o compartilhamento de usuários (principalmente no que tange as vacinas, os atendimentos Grande emergências e os transplantes), de profissionais e de prestadores de serviços (muitos equipamentos, inclusive de apoio e diagnóstico e de especialidades, que ofertam serviços tanto para o SUS quanto para a Saúde Suplementar).

Contudo, essa trama de conexões parece ter sido mantida graças aos interesses classistas-privatistas, os mesmos que imprimiram na Carta Magma o caráter complementar e suplementar da saúde privada, apesar do forte movimento em prol de um sistema universal

[110] Esta perspectiva encontra eco na escassez da produção sobre a saúde suplementar no Brasil. Na principal biblioteca virtual do país na área da saúde (BIREME/BVS), até junho de 2017, havia cerca de 150 mil produções a respeito do SUS, enquanto sobre a Saúde Suplementar havia apenas mil textos.

público.

Dito isto, cabe encarar que o SUS, embora tenha avançado muito nos 13 anos de governo petista no que tange principalmente ao acesso (muito em função da implantação da Estratégia de Saúde da Família), nunca logrou efetivamente seu caráter único (Ocké-Reis, 2010) e nem seu caráter integral. Pelo contrário, o padrão restritivo na ampliação dos recursos necessários para saúde representou uma maior distância na busca pelo bem estar comum.

Dada por terminada esta conceituação e localização da regulação no Brasil, cabe salientar, que a regulação em saúde, direcionada ao campo público ou ao campo privado, contribui para aperfeiçoar a utilização dos serviços, na busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do cidadão, sem que haja, para tanto, a fragmentação do cuidado, i.e., a regulação da política de saúde incide diretamente no interesse comum da multidão. Considerando tudo que foi dito, a seguir discorreremos de forma mais detalhada a regulação da saúde suplementar.

4.4.1 Produção Normativa da Regulação da Saúde Suplementar ao Longo do Tempo

Conforme visto, o Estado pode executar diretamente os serviços de saúde, por meio do oferecimento do serviço público de saúde, bem como através da iniciativa privada, exercendo sobre ela fiscalização e controle.

Dessa maneira, pelo permissivo constitucional, transferiu-se para a iniciativa privada uma parcela da atribuição estatal, permitindo-se a atuação na área da saúde, e o poder público assumiu a responsabilidade de regulamentar e fiscalizar essa atuação, com a finalidade de proteger os usuários de possíveis abusos e também com o propósito de assegurar que o interesse comum fosse privilegiado.

Porém, diante da grande demanda pela população, a área da saúde contava com a falta de qualidade e condições de assistência e, por isso, desencadeou um processo de valorização do sistema privado, como uma alternativa de acesso à saúde, entre outros fatores já apresentados por esta tese. A partir deste quadro houve uma crescente formação no mercado de seguradoras de saúde, que passaram a investir pesadamente neste campo, o que contribuiu para uma proliferação de diversas formas de seguro saúde, todavia o Estado não detinha qualquer forma de controle sobre a forma de ação destas seguradoras.

Assim, buscando minimizar, as falhas existentes no mercado da saúde, como

assimetria de informações entre os consumidores e as operadoras de saúde, além de delinear mecanismos que preservariam o equilíbrio sistêmico econômico entre as partes, em 1998 foi elaborada a Lei 9656/98, que regulamentou o setor de planos de saúde (conhecido como saúde complementar) e, dispôs sobre as relações contratuais de consumo no setor da saúde.

Com advento da Lei supramencionada foi crescente a necessidade de atuação do Estado no setor da saúde prestada pela iniciativa privada, pois apesar da regulamentação estabelecida por tal lei, o mercado de planos de saúde funcionava pela vontade própria das operadoras em razão da ausência de um órgão regulador capaz de conter este comportamento.

A Lei n.º 9.656 de 1998, que disciplinou a atividade de saúde suplementar (atividade econômica privada), previa a existência de uma entidade reguladora. Assim, foi aprovada a Medida Provisória n.º 1.928, a qual foi regulamentada pela Lei n.º 9.961 de 28 de janeiro de 2000, instituindo a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A Agência Nacional de Saúde Suplementar, é então uma autarquia sob-regime especial, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, vinculada ao Ministério da Saúde, com competência para regulamentar e fiscalizar os planos privados de assistência à saúde, para assegurar o interesse público/comum.

A ANS é dotada de poderes administrativos para regulamentar o mercado, fiscalizar o cumprimento das normas, e adotar medidas sancionatórias em caso de descumprimento, poder de conceder autorização e extingui-las e proceder à intervenção direta na atividade das operadoras quando necessário. Suas ações regulatórias se subordinam as diretrizes fixadas pelo CONSU, órgão governamental com competência normativa para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde complementar.

Em uma visão geral, o conceito de regulação, é único em delimitar a intervenção estatal junto a setores privados, conjunta ou isoladamente, para impor normas de conduta que visem obrigá-los a atingir o bem estar comum da multidão. Neste sentido, depreende-se que as agências reguladoras são necessárias para regular e fiscalizar falhas de mercado a fim de criar uma estabilidade regulatória no fluxo de investimentos privados.

Assim, o objetivo da Agência de harmonizar interesses dos consumidores e operadoras de planos de saúde, de modo a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país, tendo competências de polícia normativa, decisória e sancionatória exercidas sobre qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, além de

outras características que os diferencie de atividades exclusivamente econômico-financeiras, vai de encontro com o interesse comum do campo da saúde.

Importante ressaltar que a ANS não regula todos os serviços de saúde, mas apenas uma parte do sistema, que lida com a comercialização de planos de saúde por pessoas jurídicas denominadas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Certamente, essa autonomia regulatória parcial não contribui para a busca do bem estar de todos os brasileiros.

Apesar desta restrição da abrangência regulatória, a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem a missão de assegurar aos consumidores a existência de medidas de segurança, como a imposição de sanções para os atos irregulares cometidos pelas operadoras, através da instauração de processo administrativo, pois foi criada para ajustar as falhas de mercado existentes entre operadoras e consumidores. A finalidade institucional da agência, então, é a promoção da defesa do interesse público/comum na assistência suplementar à saúde, pela regulação das operadoras setoriais, inclusive quanto às relações com os prestadores e consumidores, para, desta maneira, contribuir com o desenvolvimento das ações de saúde no país, e indiretamente para o SUS.

Como se está tratando de um ente da Administração Pública, oportuno rever-se o tratamento do respectivo princípio nesta esfera: A legalidade, como princípio de administração (CF, 37, caput), significa que o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum, e deles não se pode afastar ou desviar, sob pena de praticar ato inválido e expor-se a responsabilidade disciplinar, civil e criminal, conforme o caso.

A eficácia de toda atividade administrativa está condicionada ao atendimento da lei. Na administração Pública não há liberdade nem vontade pessoal. Enquanto na administração particular é lícito fazer tudo o que a lei não proíbe, na Administração Pública só é permitido fazer o que a lei autoriza. A lei para o particular significa “poder fazer assim; para o administrador público significa deve fazer assim”“. (MEIRELLES, 1995, p.284). Assim visto, as normas editadas pelas Agências Reguladoras jamais poderão interferir no que a lei estabelece isto porque a função da norma administrativa, por si só, é a de regular o que pré-estabelecido pela lei, ao contrário, ofenderia o princípio da legalidade.

Desta maneira, podemos verificar que o modelo de contrato de gestão adotado pela ANS é uma forma de controle horizontal, pois configura uma medida limitadora da ação da entidade, sujeita na fase pré-contratual a análise de metas pelo CONSU e na fase contratual a supervisão e controle pelo Ministério da Saúde. Na relação contratual a atuação do

Ministério supervisor visa a obtenção dos resultados propostos e que as ações desenvolvidas pela ANS estejam de acordo com as políticas de saúde. No exercício do controle horizontal o Ministério pode intervir nas ações da entidade reguladora e determinar a perda do mandato dos dirigentes que agirem contrariamente ao contrato de gestão, representando um fator limitador da sua autonomia e independência, sem interferir no poder regulador da agência, impondo à entidade que no exercício do poder mantenha afinidade com as diretrizes gerais e específicas do Ministério da Saúde e com as políticas governamentais de saúde, e teoricamente ao bem estar comum dos brasileiros. Mas na prática, o que parece imperar no dia-a-dia da regulação da saúde suplementar é a influência dos interesses do mercado via indicação dos presidentes da ANS, com poucas exceções (BAIRD, 2017).

Apesar deste movimento no âmbito da agência, o papel exercido pela ANS, por tudo que foi exposto, é necessário como forma de representação do poder público no setor, mas a sua atuação deve ser controlada, avaliada, para evitar manipulação da entidade por interesses políticos ou pelos entes regulados; o que em última instância comprometeria a busca pelo interesse comum.

A implantação de mecanismos de avaliação e controle deve ser uma meta da ANS, assim como a busca pela convergência de interesses, para que a entidade tenha a capacidade de aprender com as situações adversas e que possa estar direcionada para a busca do bem estar comum.

Essa impressão se baseia na ideia de que se a saúde suplementar for bem regulada, satisfeitos estarão seus beneficiários e saudáveis ficarão as operadoras e por conseguinte os prestadores de serviços, expondo assim à menos riscos, individualmente o beneficiário (por razões óbvias) e coletivamente o SUS e seus usuários que não terão que absorver mais custos e mais pessoas diante do eterno contexto do subfinanciamento da política pública de saúde.

Em relação a análise das normativas no decorrer do tempo verificou-se que essa trajetória da regulação da saúde suplementar evoluiu marcada por três fases principais: a regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos; regulação técnico-assistencial e de fomento à produção de saúde; e regulação voltada para o estímulo à transparência e à competição no mercado (MATOS *et al*, 2012). Estas fases descritas por Matos serão citadas aqui considerando os cortes temporais. O quadro a seguir mostra a produção normativa ao longo do tempo, segundo as separações temporais sugeridas.

Quadro 2 - Normativo do Campo da Saúde Suplementar:

Período	Normas da ANS									
	RN	RDC[1]	CONSU[1]	IN	INC	Súmula	RO	RE[1]	Comunicado	Total
1999-2003	65	95	26	25	0	7	192	22	10	442
2004-2009	145	0	0	94	0	6	554	0	41	840
2010-2012	108	0	0	50	5	14	600	0	5	782
2013-2014	50	0	0	18	0	0	398	0	8	474
2015[2]	14	0	0	3	0	2	77	0	1	97
Total	382	95	26	190	5	29	1.821	22	65	2.635

Fonte: Site ANS. Acesso em 24/6/15. Notas: [1]substituída pelas RN. [2]Dados até 24/6/15. Legendas: RN: Resolução Normativa – Instrumento destinado a disciplinar assuntos do interesse do setor, previstos na legislação. RDC: Resolução de Diretoria Colegiada, Idem RN. Foi substituído pela RN. CONSU: Conselho de Saúde Suplementar. IN: Instrução Normativa – Contém informações necessárias para elucidar uma norma, um comportamento ou providências de determinado tema. INC: Instrução Normativa Conjunta – Mesma função da IN, porém elaborada por diversas diretorias. RO: Resolução Operacional – Utilizada nas questões de decretações/ encerramento/prorrogação de direções técnicas, fiscais, portabilidade e liquidação extrajudicial. RE: Resolução Especial – Mesma função das RN. Súmula: Busca esclarecer entendimentos da ANS acerca de determinada norma. Comunicado: Busca informar o mercado sobre prorrogações de prazos para o cumprimento do envio de informações à ANS.

Como é possível observar, o período de efervescência na produção das RNs, dos INs e das ROs que ditam a condução da regulação da saúde privada se deu entre 2004 e 2012, ou seja, basicamente no interim dos governos Lula.

Outra questão latente a partir de 2003 foi o crescimento dos reajustes autorizados pela ANS. Antes do presidente Lula havia um controle maior dos reajustes provocando inclusive defasagem. O reajuste autorizado pela ANS em 2000 foi de 5,42% enquanto naquele ano, o IPCA foi de 6,77% anualizados até a data do reajuste em abril. É sabido que a variação dos custos médico-hospitalares cresce a uma taxa superior a qualquer índice de inflação. Ao longo do período de 2000 a 2015, apenas em 2000, 2002 e 2003, os reajustes aplicados aos planos individuais ficaram aquém da inflação medida pelo IPCA. Deste modo, frente a esta política de reajustes fica a dúvida sob quais interesses a regulação da ANS teria sido dirigida nos governos Lula e Dilma.

No tocante a regulação financeira, a ANS, mediante a Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras conduziu a câmara técnica que deu origem a RDC nº 77/01, que estabeleceu as primeiras regras de solvência no mercado de saúde suplementar e foi aprimorando crescentemente sua regulação neste sentido. Tanto que em 2002, a Climed foi a primeira operadora a sofrer liquidação extrajudicial demandada pela ANS, e de lá para cá outras 225 forma liquidadas demonstrando assim o saneamento do mercado privado e a preocupação persistente da ANS em manter no mercado apenas empresas com saúde financeira e qualidade de serviço.

A exclusão de uma operadora poderá ocorrer voluntária ou compulsoriamente, esta ocorrendo quando, no exercício das atribuições conferidas pelo art. 1º, da Lei 9.661/00, a agência determinar a liquidação extrajudicial da empresa, em decorrência do risco oferecido aos destinatários da sua atividade, com o intuito de proteger os consumidores das ingerências em razão dos fatos de mercado cometidas pelos administradores das empresas.

Tabela 1 - Liquidações Extrajudiciais Decretada

Período	RO[1]
1999-2003	19
2004-2009	102
2010-2012	64
2013-2014	35
2015[2]	06
Total	226

Fonte: Site ANS. Acesso em 24/6/15. Notas: [1]Consideradas as Resoluções Operacionais que decretaram liquidação extrajudicial. O número não reflete a quantidade de operadoras, pois a mesma operadora pode ter dois ou mais decretos de liquidação. [2]Dados até 24/6/15.

A despeito da crítica feita em relação ao fortalecimento dos grandes grupos no controle do mercado de seguro saúde privado através dessas medidas de saneamento, há de se considerar que empresas financeiramente saudável possuem maior possibilidade de atender as necessidades de seus beneficiários e tendem assim a contribuir com o interesse comum das multidões, ainda que outros fatores incidam nesta equação.

Além das medidas saneantes do mercado de operadoras, com o objetivo de trazer mais qualidade ao consumidor, a ANS, em 2006, lançou o programa de Qualificação da Saúde Suplementar – IDSS (RN 139/06). O programa desenvolveu um conjunto de indicadores para avaliar a qualidade das operadoras de saúde nas dimensões de atenção à saúde, econômico-financeira, estrutura e operação e de satisfação do beneficiário. Ao longo dos anos esses indicadores foram sendo ajustados, via normativos da ANS (IN DIGES 04/09, IN DIGES 06/09, IN DIGES 07/09, IN DIGES 10/10...). Os indicadores estão disponíveis para consulta no site da ANS e uma consistente série histórica instrumentaliza o consumidor de plano privado de saúde optar com confiança pelo plano com a qualidade mensurada por um maduro índice de desempenho. Ao contrário do usuário SUS que não dispõe de nenhuma métrica para usar como parâmetro de escolha pelo uso do serviço. Aliás, escolha é algo distante da realidade do colapsado SUS.

Assim, a promoção da concorrência pela ANS constitui um de seus principais objetivos, devendo a agência oferecer condições abrangentes de competição às operadoras de saúde e trazer benefícios tanto para elas quanto para os consumidores. Nessa atuação, a

entidade deve monitorar o mercado e a partir do seu banco de dados verificar a ocorrência de concorrência desleal, monopólio natural e estatal, e executar operações para coibi-los, pois o mercado de saúde não pode ser submetido às mesmas ingerências que ocorrem nos outros mercados, principalmente porque estas praticas são nocivas ao bem estar comum do campo da saúde como um todo.

4.4.2 Considerações finais a cerca da normatização da Regulação da Saúde no Brasil

O modelo do Estado brasileiro passou por mudanças ao longo da história. Durante grande parte do século XX, representou o Estado Social, com o Estado intervindo diretamente na ordem econômica, exercendo ativamente atividades de cunho estritamente privado. Todavia, o modelo de Estado brasileiro no final do século XX estava desgastado, posto que havia uma enorme burocratização na Administração Pública, e, não havia um dinamismo capaz de atender às reformas que o Estado necessitava. Dessa forma, o Estado provedor foi substituído pelo Estado regulador, neoliberal, agindo de forma subsidiária nas atividades econômicas.

Neste contexto, o Estado brasileiro introduziu em seu ordenamento jurídico emendas constitucionais que alteraram o texto constitucional de 1988 e legislações infraconstitucionais. Nesse panorama surgiram as agências reguladoras, autarquias especiais que tinham o dever de regular o exercício dos agentes econômicos privados que estavam prestando serviços de interesse público.

Da mesma forma que diversas atividades, a saúde também passou a ser prestada pela iniciativa privada em grande parte. Antes da regulação do setor, as empresas que forneciam os serviços ligados à área da saúde agiam livremente, em favor de seus próprios interesses, e na maioria das vezes em desfavor da população. Deste modo, as operadoras podiam praticar seleção de risco, excluir usuários unilateralmente, e estabelecer carências e reajustes da maneira que melhor lhe conviesse.

Então, o Estado percebeu a necessidade de regular uma atividade que não mais prestava diretamente de forma integral, e que se encontrava entregue à iniciativa privada. E no caso em questão o problema se tornava ainda mais relevante, pois o setor tratado dizia respeito à saúde, direito este garantido constitucionalmente e ligado à própria vida, direito

supremo da pessoa humana. Neste contexto foi criada a ANS como ente público responsável pela regulação da saúde suplementar no Brasil.

As condições institucionais para a montagem do atual sistema regulatório da saúde suplementar com maior capacidade de atuação foi impulsionada pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em 2000, tendo em vista que a agência unificou as atividades de regulação em uma única entidade e foi constituída como uma autarquia em regime especial, com autonomia decisória, técnica, econômica e financeira.

As ações desenvolvidas pela ANS comprovam um grande esforço da entidade pela normatização do setor e definição de regras de funcionamento do mercado, podendo-se destacar as coberturas assistenciais e condições de acesso, entrada, permanência e saída das operadoras, reajustes de preços, fiscalização das atividades desenvolvidas pelas operadoras, bem como a operação e comercialização dos planos, monitoramento dos contratos e ressarcimento ao SUS. O que de certo modo vai de encontro com o bem estar comum dos brasileiros e do Brasil.

A ANS gerou avanços significativos no setor, pois padronizou e estabeleceu as condições para a operação da área da saúde. Muitas injustiças que antes eram ocorridas foram sanadas ou evitadas através de sua regulação, e suas práticas privilegiaram a concorrência saudável entre as operadoras, proporcionando melhoras significativas nos serviços prestados.

Contudo, as operadoras ainda adotam algumas práticas prejudiciais aos consumidores em inobservância a todos os regramentos impostos. No entanto, o principal desafio da ANS se refere à saúde pública, pois esta se encontra cada vez pior, em razão da falta de investimentos e da corrupção generalizada, dessa forma a massa da população obriga-se a utilizar-se do sistema de saúde privado, que perde o seu caráter suplementar e passa a ser a principal via de acesso à saúde, é claro, para os que possuem condições para arcar com seus custos.O que afronta claramente o alcance do interesse comum no campo da saúde.

Desse modo, se faz de suma importância uma fiscalização consistente na entidade reguladora para verificar o cumprimento dos preceitos legais e a utilização dos poderes que lhe são atribuídos observando sempre se está em consonância com a lei e em respeito ao interesse público. Sua autonomia não pode justificar práticas abusivas ou ilegais, e nem mesmo privilegiar alguns em detrimento de todos. Assim, defende-se que a atuação da ANS deve evoluir para pautar-se para além do interesse público e da legalidade, pautar-se firmemente na busca do bem-estar comum.

4.5 A importância do contexto da produção de texto na formatação do contexto da prática da política dual de saúde

Nesse bojo, concluímos este capítulo, identificando que o interesse comum que fora determinado a partir da legitimação da política dual na CF88 não fora o interesse principal que norteou tanto o desenvolvimento normativo do SUS quanto o desenvolvimento normativo da Saúde privada no país.

Como foi visto ao longo da analise normativa proposta por este texto, os interesses que vigoraram pressionando e direcionando a relação público-privada no campo da saúde no período 2003-2015 foram os interesses classistas/partidários e os interesses públicos estatais.

Esta constatação vai de encontro com a afirmação de Bourdieu que alega que o Estado neoliberal está se retirando vagarosa e desastrosamente de vários setores da vida social que são de sua incumbência constitucional. Criminosamente se afastam da habitação pública, do saneamento básico, do sistema educacional, das redes hospitalares públicas, da observância sobre as emissões de rádio e televisão tendenciosas e criminosas (Bourdieu, 1998).

Não é de surpreender o atual sucateamento da coisa pública por todo tipo de políticas e medidas visando a liquidação das conquistas dos trabalhadores tanto nos países periféricos, como na liquidação das leis sociais votadas no Brasil, ou mesmo o discurso público de elogio à empresa e à iniciativa privada[111] que desmantelaram o "*Wellfare state*" (estado do bem estar social) nos países de primeiro mundo.

Para enfrentar essa lógica mercadológica, a busca pelo bem estar comum da multidão seria a saída entre a dicotomização dos interesses públicos estatizados e os interesses privados transvestidos de públicos que estão enraizados na normativa da política dual de saúde nacional como apresentado ao longo deste capítulo.

Alinhados a essa discussão Hardt e Negri (2005), afirmam que a multidão é um conjunto de singularidades cooperantes. Singularidades que se apresentam na multidão como uma rede (network), como um conjunto que define as singularidades em suas relações umas com as outras.

Individualidade é diferente de singularidade. Na individualidade a consistência se dá por separação em relação ao conjunto, à totalidade. É algo que tem uma potência centrípeta.

---

[111] Os políticos que estão sendo treinados para ocupar os cargos mais importantes dos poderes mundiais saem do FMI, do Banco Mundial, do quadro de assessores do George Soros, do Cato Institute, da Heritage Foundation e cia. Não poderiam dar em coisa diferente.

Algo que está ligada á ótica neoliberal. O conceito de individualidade está relacionado com a fratura social.

De acordo com Bourdieu o "retorno do individualismo" (dado pelo movimento neoliberal), foi uma espécie de profecia auto-realizante que tendeu a destruir os fundamentos filosóficos do *welfare state* e, em particular, a noção de responsabilidade coletiva (nos acidentes de trabalho, na doença ou na miséria).

Na multidão não é assim, nos vivemos uns com os outros. A singularidade é definida pela relação com o outro. A multidão é o reconhecimento do outro. Sem o outro não existe o si mesmo. No entanto, buscar o comum não significa procurar realidades pressupostas consistentes. Mas realidades e interesses que se inter-relacionam com vistas ao bem maior. Desse modo, singularidades e cooperação se tornam fundamentais na construção de quaisquer que seja o bem ou produto. Portanto, condição *sine qua non* para se alcançar o desenvolvimento apropriado para a política dual de saúde.

Considerando esses autores, podemos compreender um pouco mais a relação que se estabelece no pós-moderno, no alter-moderno, entre singularidade e comum. Eles ressaltam que a singularidade e o comum não são elementos diferentes na multidão, mas sim elementos que se sucedem em uma dinâmica continuamente construtiva. E a partir desta visão rompem com o individualismo neoliberal que prejudica o fortalecimento da noção de justiça social e solidariedade.

Nessa linha, o chamado pensamento pós-moderno trouxe a rejeição do absoluto, consolidando-se como um movimento de compreensão mais relativa e fluida da realidade. O pós-modernismo considera que o entendimento muda através das culturas, raças e tradições. Assim, a mente pós-moderna rejeitou a certeza da verdade fundamental e, como uma pedra caindo sobre a água, balançou o reflexo da realidade na literatura, filosofia, arte e ciência. Assim, o pensamento pós-moderno estimulou a refutação do pensamento binário introduzido pelo pensamento Ocidental que dividiu o mundo em uma série de oposições binárias que privilegiam um lado em detrimento do outro. No caso da saúde, todavia, acredita-se que a desconstrução das categorias binárias poderia efetivamente ter impedido visões equivocadas, por exemplo, entre o público e o privado, que não se excluem e ambos então inseridos no comum.

As implicações políticas dessa binarização são claras. E foram evidenciados nesta tese até aqui. Uma delas, para Hardt & Negri (2015), foi a constatação da opressão e da limitação gerada pelo pensamento binário. Por não entendimento e aceitação do todo, a polarização dos interesses e discursos dificultaram o estabelecimento do norte a partir da busca pelo bem-estar

comum, mesmo este estando implicitamente sacramentado na constituição na determinação da dualidade da política. De acordo com estes autores, a esperança de liberdade resistiria em escapar do pensamento dualista-binária, a partir da visão do comum à multidão. Desse modo, haveria a possibilidade de construção do projeto pós-moderno de superação da lógica binária, entretanto, essa conclusão foi mais difícil na prática do que aparentava em teoria, como evidenciaremos no próximo capítulo deste trabalho.

No entanto, a opressão causada pela ótica binária, no momento em que foi popularizada na academia e filtrada pela sociedade, não era mais caracterizada pela criação de opostos, mas sim pelo aumento da hibridização. Essa é a ironia da filosofia contemporânea: o que consideramos uma ferramenta de resistência se transformou no martelo de nossa opressão. E mais: ao rejeitarmos a lógica dualista, já não estamos mais desafiando *o status quo*… Nós estamos colaborando com a sua manutenção conforme essa lógica (Bourdieu, 1998). Dessa maneira, advogamos a necessidade de pensar esta imbricação entre o público e o privado positivamente e sob vários prismas.

Nesse contexto, a lógica da multiplicidade (já descrita por Guatarri, Deuluze e Foucault) abordada de forma contundente na leitura oferecida por Hardt e Negri das relações em jogo nas multidões, nos remete a reflexão para o direcionamento da normativa que produzimos em face da política dual de saúde. Sendo assim, não é difícil duvidar que continuamos a usar táticas pós-modernas.

Cabe ressaltar que em muitos momentos do exame dos documentos ficou evidente a influencia implícita dos interesses privados disfarçados de públicos. Exemplo factível desta afirmação foram os inúmeros casos de corrupção na área da saúde e o transformismo político daqueles que deveriam representar seus eleitores e não os interesses dos seus financiadores de campanha. E que impactaram frontalmente a busca pelo bem-estar comum.

Por outro lado, verificou-se que o grande número de normas legais bem como a escassez orçamentária tem pressionado as organizações públicas na “busca de instrumentos de gestão mais eficientes com a finalidade de atender cada vez melhor a sociedade, gerar resultados expressivos, ter operação de serviços de qualidade e apresentar transparência para o contribuinte” (Rosa & Grell, 2015, p. 52). Esta constatação salienta o movimento em busca pela eficiência da política pública de saúde, que em última instância corrobora para o interesse comum da multidão. Sendo assim, outra conclusão obtida foi que algumas alterações normativas deferidas ao SUS parecem ter contribuído para a deslegitimação apresentada nos dias atuais.

No capítulo a seguir demonstraremos em números e indicadores a materialização

dessa imbricação de interesses no desenvolvimento da política dual no campo da saúde que parece não ter caminhado significativamente rumo ao bem-estar comum do campo e das multidões, embora o funcionamento ótimo da política dual de saúde tivesse este pressuposto.

5 O CONTEXTO DA PRÁTICA: A MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DUAL DE SAÚDE E O REVERSO DO INTERESSE COMUM

Este capítulo tem por finalidade apresentar o contexto prático de aplicação da política dual de saúde brasileira evidenciando a clara dependência de trajetória e a incoerência dos fatos no que tange a busca pelo bem-estar comum de todos os brasileiros, que parecem ter incidido no curso dos caminhos e descaminhos da política nacional de saúde no período de 2003-2015.

Para sinalizar estes fios condutores no desenvolvimento do campo da saúde nos governos Lula e Dilma, apresentaremos os números e alguns dados referentes ao financiamento da saúde e a regulação da saúde suplementar no sentido de materializar as questões levantadas no contexto das influências e da produção de texto. Realça-se que os *cases* do financiamento e da regulação da saúde suplementar foram selecionados como exemplos da dependência da trajetória e da deturpação do entendimento do que seria o interesse comum da multidão (o inverso do reverso do comum) para esta tese. Não obstante, outros exemplos seguem o mesmo padrão de influência e poderiam estar também apresentados neste trabalho, mas a limitação de escopo e espaço foram os motivos para que estes sejam apresentados a posteriori em outros formatos.

Gadelha (2010) afirma que se deve distinguir o SUS do sistema de saúde brasileiro. Deste modo, a estrutura física e organizacional do sistema de saúde brasileiro faz dele um sistema misto, público e privado, sendo o SUS regido pelas Leis 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990), e o sistema de saúde suplementar, pela Lei 9.656 (Brasil, 1998).

Porém, o sistema de saúde brasileiro inclui na prática três setores: um de muito maior peso em termos de cobertura e de atendimentos, que é o SUS, fortemente presente nos níveis primário e secundário e nas áreas de alto custo do nível terciário; outro que inclui os serviços de saúde dos ministérios militares, que possuem clientela, orçamentação e regulamentação próprias; e outro que atua, essencialmente, no nível secundário e no nível terciário do sistema e que se constitui da assistência médica privada (médicos particulares, planos, seguros, convênios e cooperativas) ou de autogestão – estatal ou de empresas não estatais (Augusta e Costa, 2000; OPAS, 2001; Negri e Di Giovanni; Negri e Vianna, 2002).

Portanto, podemos afirmar que no Brasil o sistema de saúde é pluralista tanto em termos institucionais quanto de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de

saúde: (i) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto por 1.076 operadoras de planos e 296 de planos exclusivamente odontológicos (BRASIL, ANS, 2017)[112] ; (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; (iv) o segmento de

Para WHO (2000), o sistema de saúde é duplicado quando o arranjo entre o público e o privado do sistema misto de saúde permite que o setor público e o privado coexistam no provimento, financiamento, demanda e utilização dos serviços de saúde.

Ainda é possível classificar o sistema segundo o seu caráter suplementar quando o segmento opera em países com Sistema Nacional de Saúde oferecendo elementos adicionais, tais como hotelaria, livre escolha, maior rapidez ou serviços e tecnologias ainda não cobertos pelo sistema público. Quando há a comercialização de serviços já oferecidos no sistema público, ocorre então uma cobertura duplicada, como é o caso de Reino Unido, Portugal, Espanha, Itália, Grécia e Brasil.

No sistema de saúde brasileiro, "com o seguro suplementar e de cobertura duplicada, temos alguns paradoxos que não diferem muito daqueles verificados em países com o mesmo tipo de *mix*" (SANTOS, 2009), mas existem particularidades relativas a nossa formação social. Por exemplo, o porcentual da população coberta pelo segmento suplementar é aqui muito mais expressivo, sendo praticamente o dobro dos países referidos, o que pode estar relacionado com problemas na qualidade e no financiamento do sistema público (BAHIA, 2013).

Aciole (2006) reforça que embora a noção de público esteja associada a tudo que é estatal, e privado ao mercado, Estado e mercado são inseparáveis na constituição de cada sociedade. Hardt & Negri (2016) acrescentam que há uma interessante reflexão a cerca dos interesses que permeiam essa tríade, Estado-Mercado-Sociedade, e problematiza o público e o privado a partir dos interesses reais da multidão, que não estão alinhados nem aos interesses privados/classistas nem muito menos ao interesse público, se remetem aos interesses comuns, segundo estes autores.

---

[112] Isso significa que é estimulado o consumo de serviços de saúde com padrões elevados de tecnologias, por consequência disso, a aspiração por lucros torna-se natural (BRASIL, 2011).

Na busca por acesso integral de assistência à saúde, muitas famílias recorrem aos planos de saúde privados. Daí decorre a duplicação de assistência à saúde, pois o indivíduo pode utilizar os serviços de assistência à saúde tanto pela via pública quanto pela via privada. A análise feita por esta tese comprova que Estado, a despeito do SUS e o seu caráter de política de saúde pública e universal, e a despeito das expectativas da sociedade nos governos de esquerda Lula I, II, Dilma I e II, propiciou a expansão dos planos e seguros privados sob o pretexto de desonerar as contas públicas e prover saúde para todos. O que na teoria se propunha ir de encontro ao interesse comum do campo da saúde, mas que na prática funcionou de forma inversa, de maneira a legitimar ainda mais a ótica binária e segmentada presente na relação público-privada da política dual de saúde do país.

Esta constatação evidencia a implicação da dependência de trajetória que nos atrelou ao desenvolvimento de uma política dual no Brasil a partir do reforço da CF 88, porém, também mostra a tendência governamental do período 2003-2015 em pender para os interesses privados apoiando a expansão com desonerações, subsídios, renúncias e executando uma regulação que parece não ter considerado o bem estar comum de todos os brasileiros, e declinar em função também dos interesses públicos estatais. Atitudes e tomadas de decisão que deram a forte impressão do que vivemos no ínterim destes governos, no que tange a política de saúde, *o inverso do reverso do comum*.

Nessa direção apresentaremos a evolução dos gastos das famílias destinados à saúde suplementar entre 2003 e 2015, os gastos públicos em saúde, os gastos privados em saúde e os gastos tributários em saúde. Na sequência lançaremos luz no padrão de crescimento do financiamento da saúde frente ao crescimento do PIB e do superávit primário. Demonstraremos assim a expansão da saúde privada e alguns números referente a expansão dos serviços e ações públicas e privadas do acesso.

A análise destes dados mostrou que o financiamento público para a saúde no Brasil está aquém de um sistema baseado nos princípios universais de saúde, o que sobrecarrega as famílias brasileiras, pois os gastos privados compõem a maior parte dos gastos totais em saúde. Constatou-se também que o Estado propicia a renúncia fiscal às pessoas físicas e jurídicas, o que contribui para reduzir a disponibilidade de recursos que poderiam ser destinados a sanar o déficit no financiamento do SUS, o que, ao mesmo tempo, descaracteriza a universalidade do sistema na medida em que promove a expansão da saúde privada. O que confirma as hipóteses desta pesquisa que afirmam que a política nacional de saúde no Brasil vem sendo tratada como política de governos e que embora atrelada a uma *path dependence*, ao neoinstucionalismo e a busca do bem-estar comum de todos os brasileiros, a saúde no

Brasil parece estar a serviço dos interesses públicos estatais ou dos interesses privados, e menos ao interesse comum.

Nesse sentido, verificou-se que na prática o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das funções mantidas pelo Poder Público - o SUS- não alcançou a plenitude de sua concretização graças ao subfinanciamento congênito, a ineficiência da gestão da política pública e pela sujeição dos interesses comuns aos interesses públicos estatais e aos interesses privados de certos grupos de influência nos referidos governos analisados.

Sabemos que a Constituição Cidadã determinou que a iniciativa privada deveria participar do SUS, em caráter complementar. O que significa dizer que ações deveriam ser dispensadas no esforço conjunto de se alcançar as metas de saúde do povo brasileiro. O que leva em consideração os princípios básicos que norteiam a Administração Pública (Constituição Federal, Art. 37), que são os seguintes: legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência. Pelo princípio da legalidade, o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum, deles não podendo se afastar, sob pena de praticar ato inválido e de se expor à responsabilidade disciplinar, civil e criminal.

A moralidade administrativa é entendida como o conjunto de regras de conduta tiradas da disciplina interior da Administração. O ato administrativo tem que obedecer não somente à lei, mas à ética da própria instituição e ao que é moral e socialmente aceito. Impõe-se ao agente público uma conduta interna, coerente com a moralidade, e que as exigências a finalidade de sua ação seja sempre o bem comum. Mas apesar do que foi posto e determinado na constituição o curso da política dual de saúde foi afetado pela influência de grupos de poder que não tinham o bem estar comum de todos os brasileiros como foco. E que comprovadamente, provocou a corrupção do executivo; vide as operações da polícia federal, ‘sanguessuga’ e ‘fratura exposta’.

Sendo assim, o sistema de saúde brasileiro pode ser retratado como uma dicotomia, pois ao mesmo tempo em que o Estado garante a saúde como direito, também assegura espaço às organizações privadas. Além disso, o complexo econômico-industrial da saúde que deveria estar a serviço de todo o campo da saúde se tornou um ponto de disputa por mercados consumidores, em virtude da proliferação de planos e seguros de saúde (saúde suplementar), disputa esta que até o momento não parece ter contribuído positivamente para o interesse comum. Neste bojo, a gestão, planejamento e avaliação dos sistemas de saúde são primordiais

para que os serviços e ações contemplem as necessidades da população, assegurando assim o bem estar comum de todos.

provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO et al, 2005).

A seguir estará descrito o cenário dos gastos em saúde no país, que a despeito de ser público ou privado, não foram ainda capazes de traduzir a busca pelo interesse comum da política dual de saúde.

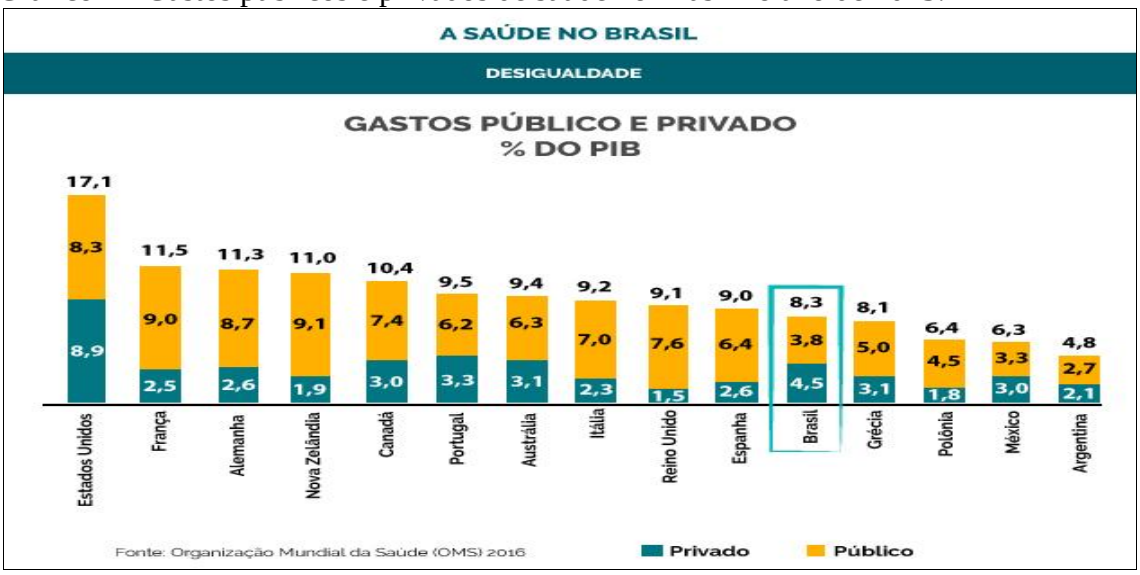
5.1 **Os gastos com saúde no Brasil**

5.1.1 Os gastos do Estado com Saúde

As políticas de saúde, pelos preceitos nossos constitucionais, devem ser majoritariamente públicas e gratuitas[113], no entanto, a análise detalhada sobre a composição dos gastos com saúde revela alguns aspectos que confrontam essa suposição. O primeiro deles evidencia que em 2015, o gasto total do PIB (Produto Interno Bruto) com Saúde foi de 8,32%, enquanto a média mundial representou 10% (WHO, 2016). No entanto, verificou-se que os gastos privados permaneceram superiores aos públicos em relação ao PIB total durante todo interim dos governos Lula e Dilma. Isso demonstra uma contradição, onde "a conta" de saúde torna-se do paciente, por meio do gasto direto (*out-of-pocket* e/ou convênios) quando esta deveria ser custeada pelo o SUS. Some-se a isso o fato de o Brasil ser o único país com sistema universal de saúde em que o gasto privado é maior que o público. Na sequência, apresentamos o comparativo de gasto em percentual do PIB do Brasil frente ao gasto de outros países:

[113] Considerando o caráter complementar que a saúde suplementar tem imposto pela CF88.

Gráfico 2 - Gastos públicos e privados de saúde no Brasil no ano de 2015.



Desse modo, percebe-se que no Brasil não se investe na saúde na mesma proporção que países com sistemas de saúde semelhantes, no caso, a Dinamarca (9,58%), Reino Unido (7,6%) e Canadá (7,40%). Ainda, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a média mundial do gasto público em relação ao percentual do PIB, é de 6,08% (2015), o que está acima do investimento brasileiro, que é de 3,8% (WHO, 2015).

O segundo ponto é que mesmo com o aumento na evolução dos gastos públicos de 2012 (7,8%) para 2015, percebe-se que a discussão do financiamento do SUS não atentou para a necessidade de se alcançar, dada a *path dependence* da política dual de saúde brasileira, o bem estar comum.

Menicucci afirmou que (2007, p. 209) “A ausência de fontes estáveis de financiamento vis-à-vis ao aumento da demanda a partir da universalização da cobertura levou a uma degradação de qualidade dos serviços de saúde [...] nos primeiros anos de SUS” e ainda compromete os SUS em dias atuais. Por outro lado, se faz preciso reconhecer que se o SUS falir a saúde privada também será frontalmente afetada dada a interdependência de trajetória.

Salvador Werneck (2017) considera o problema do financiamento do setor saúde apenas “mais um entre vários produtos de uma crise na Federação”. Ele explica que as decisões da Constituição de 1988 levaram o Governo Federal a reagir contra a perda de recursos e a promover a descentralização de encargos, ou seja, foram aumentadas as obrigações e atribuições de serviços dos estados e municípios. Os municípios ganharam atribuições, mas sua arrecadação de impostos não cresceu na mesma proporção. “Parece inegável o descompasso entre a maior responsabilidade e a capacidade financeira dos municípios no atendimento satisfatório das demandas sociais”, resume Salvador, apontando

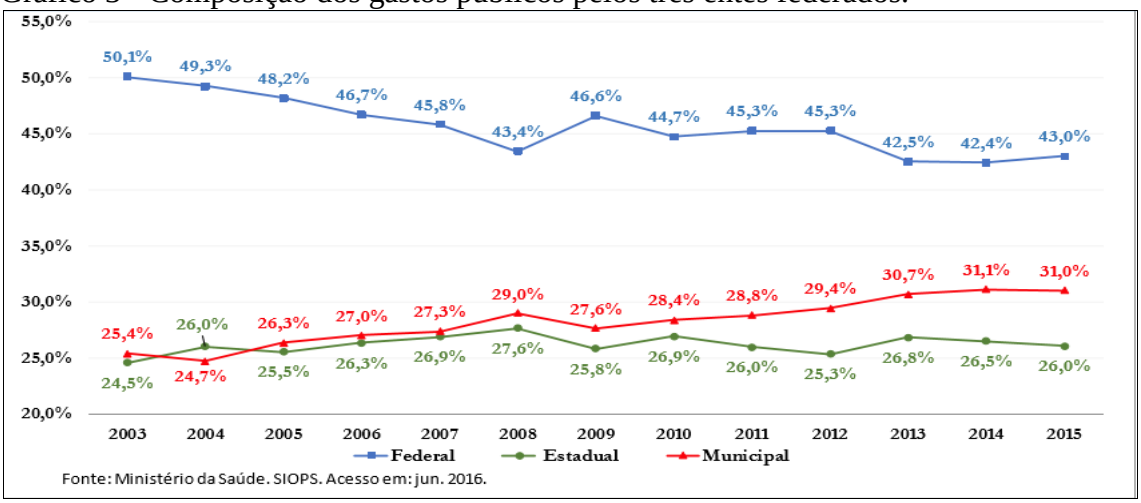
que o setor público brasileiro foi dotado de um grau de descentralização semelhante ao das economias avançadas, mas nestas o dinheiro dos impostos fica em sua maior parte nas unidades menores do território, enquanto no Brasil a União é a maior arrecadadora.

Segundo ele, três causas contribuíram para que não se configurasse plenamente a idealização da Constituição de 1988 de tornar os municípios entidades capazes de atender adequadamente às demandas por serviços sociais. Em primeiro lugar, o governo aprovou o Fundo Social de Emergência — a atual Desvinculação das Receitas da União (DRU) —, desvinculando 20% das receitas das transferências constitucionais. "Esse movimento, visto inicialmente como emergencial, ganhou caráter perene e contribuiu para ampliar o domínio federal sobre os recursos fiscais", analisa. Em segundo lugar, o baixo crescimento da economia brasileira, que, nas décadas passadas, impediu que a receita fiscal própria dos municípios aumentasse mais do que o correspondente aos tributos próprios. Finalmente, as altas taxas de juros provocaram aumento do serviço da dívida e contribuíram para as dificuldades financeiras de municípios, sobretudo, as capitais e as unidades mais importantes economicamente, que tiveram maior acesso a operações de crédito.

Se, por um lado, analisa Salvador, ocorreu o processo de descentralização fiscal, com os municípios assumindo maior peso no atendimento das demandas sociais e nos gastos totais, por outro, vários deles vivem em dificuldade financeira e não apresentam condições de responder adequadamente à demanda de serviços que recai sobre eles.

Assim os males do (sub)financiamento do SUS também estão em um sistema tributário injusto e complexo, na necessidade de se rever a distribuição de competências entre estados, municípios e União, após a Constituição de 1988, e na "lógica financista" que pauta os investimentos do país. Esta tendência de redução do governo federal no percentual de composição dos gastos públicos pelos três entes federados pode ser visto nos gráficos abaixo:

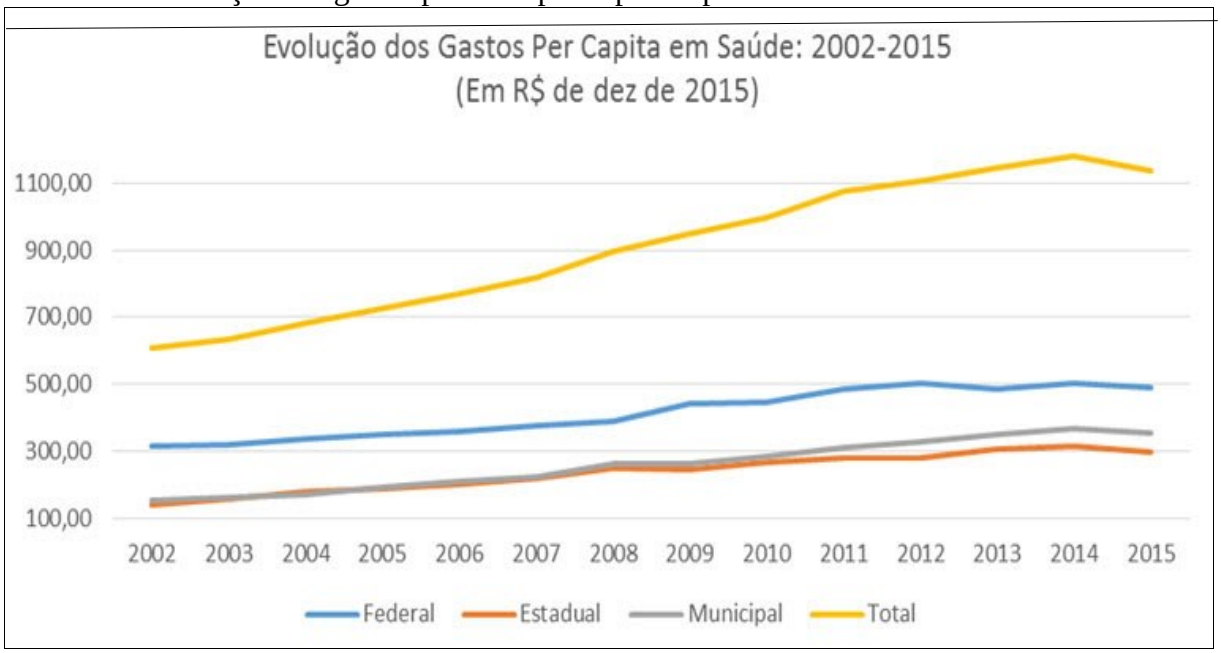
Gráfico 3 - Composição dos gastos públicos pelos três entes federados.



Fica claro perceber no gráfico acima que o Ministério da saúde vem diminuindo o financiamento da saúde e que desde o início do primeiro governo Lula até o último ano do governo Dilma esta redução correspondeu uma redução de 7,1 pontos percentuais enquanto o financiamento via municípios e estados cresceram no mesmo período, respectivamente, 5,6% e 1,5%.

Ao avaliarmos a evolução dos gastos públicos per capta no período 2003-2015 visualizamos a mesma tendência de redução do financiamento pelo Ministério da Saúde. E comprovamos que o crescimento per capta de estados e municípios foi mais significativo se tomarmos por base o crescimento de suas receitas para o mesmo período, como pode ser verificado no gráfico a seguir:

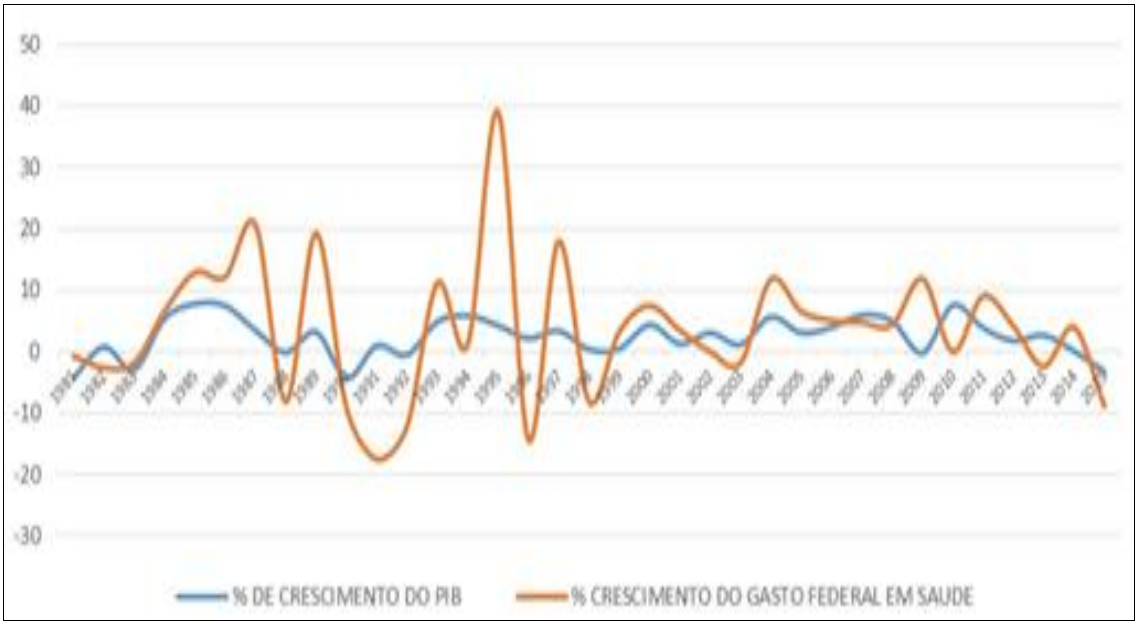
Gráfico 4 - Evolução dos gastos públicos per capta no período 2003-2015.



Fonte: Base de dados do MPOG. Disponível em http://www.orcamentofederal.gov.br. Acesso Jun 2006.

Considerando apenas a evolução do gasto federal em comparação com a evolução do PIB no decorrer dos anos verificamos prontamente que o padrão de evolução do PIB foi mais constante do que a evolução do percentual aplicado na saúde. Esta situação reflete a dificuldade que o SUS enfrentou desde que foi legitimado pela CF 88 o que pode ter impactado negativamente do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde. Abaixo percebemos claramente essa característica no padrão de crescimento dos gastos federal em saúde.

Gráfico 5 - Taxa de crescimento do PIB e do Gasto Federal em Saúde



Fonte: Elaborado por André Medici. Disponível em Acesso em Jun 2016.

O gráfico acima mostra os períodos de crescimento e redução do PIB e do gasto federal em saúde no Brasil entre 1981 e 2015. Observa-se no gráfico que as variações nos gastos com saúde são mais bruscas do que as variações no crescimento do PIB, tanto nas fases de crescimento, quanto nos períodos de crise.

Por exemplo, na crise 1981-1983, a redução dos gastos federais em saúde foi maior do que a do PIB, mas na recuperação 1984-1987, o crescimento dos gastos federais com saúde ha sido muito maior do que o do PIB. Na história destes trinta e cinco anos, o pior período para o crescimento do gasto com saúde se passou durante o Governo Collor, quando ocorreu uma queda prolongada do gasto em saúde de mais de 10% ao ano, no período 1990-1992. Em compensação, a recuperação mais intensa ocorreu no período Fernando Henrique Cardoso, especificamente em 1995, quando o gasto federal em saúde cresceu mais de 40%.

Outro ponto a destacar é que a bonança econômica a partir de 2004 levou o gasto federal em saúde a crescer a taxas, em média superiores as do PIB até 2009, quando a partir de então já começa a enfrentar cortes em 2013 que se aprofundam a partir de 2015.

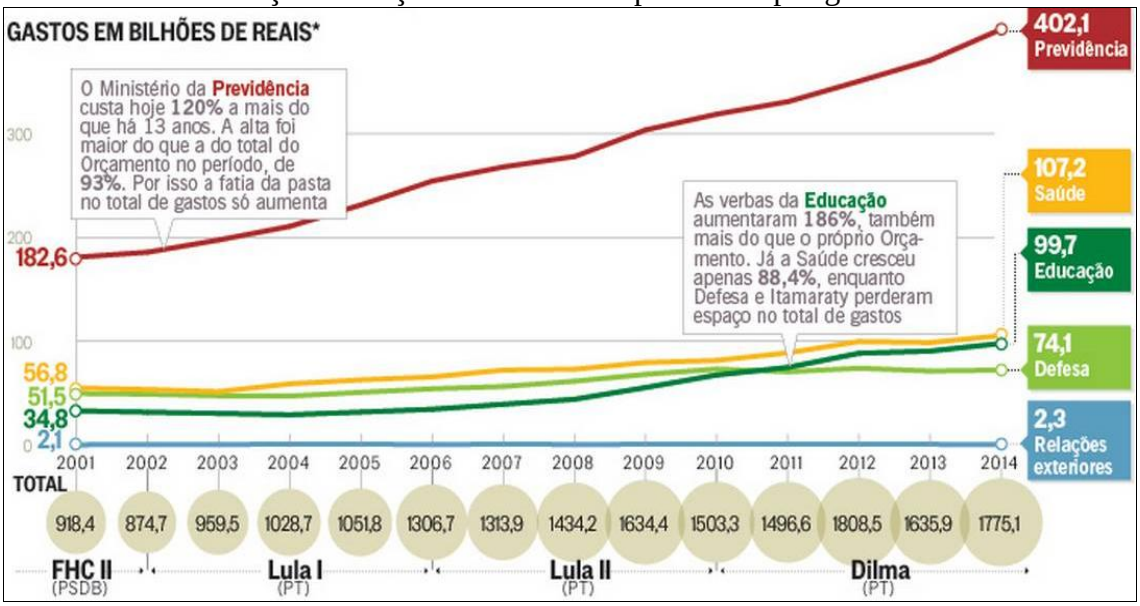
Mas como o orçamento público é elaborado em função de prioridades que são definidas pelo Governo, a alocação orçamentária dos recursos públicos é uma questão de prioridades que pelo visto na legislação obedecem a uma lógica de interesses privados que não contribuem para buscar do bem estar comum.

Portanto, se o poder executivo, mesmo numa conjuntura de queda de arrecadação, resolve dar prioridade ao aumento dos gastos com saúde, e esta prioridade é apoiada pelo Congresso que vota a Lei de Orçamento, os gastos em saúde podem aumentar até mesmo em

períodos recessivos. O eterno dilema do ‘copo meio cheio ou meio vazio’ que a pesquisadora Sulamis Dain (2007) apresentou no seu clássico artigo ‘*Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil'*. No entanto o que vimos nos momentos de resseção do PIB é que o financiamento da saúde foi sempre afetado, não importando o governo que estivesse no comando, evidenciando sempre a cultura do culto ao ‘copo meio vazio’. Comprovando assim que a política pública de saúde e nem o interesse comum não foram tratada como uma prioridade, haja vista o padrão de financiamento do SUS.

Embora tenha crescido no geral, nos governos Lula II e Dilma I, o orçamento da saúde foi o que menos cresceu em percentual dentre os orçamentos destinados às áreas sociais, como pode ser observado a seguir:

Gráfico 6 - Distribuição do Orçamento da Saúde por anos e por governos.



Fonte: DAPP/FGV. Valores de 2013, corrigidos pelo IPCA.

Outra questão que se apresenta e incide diretamente na eficiência da utilização de recursos pela administração pública e na redução do já parco orçamento direcionado para gastos no MS é o fato de que historicamente como pode ser visto no quadro abaixo, o orçamento previsto está bem aquém do de fato liberado.

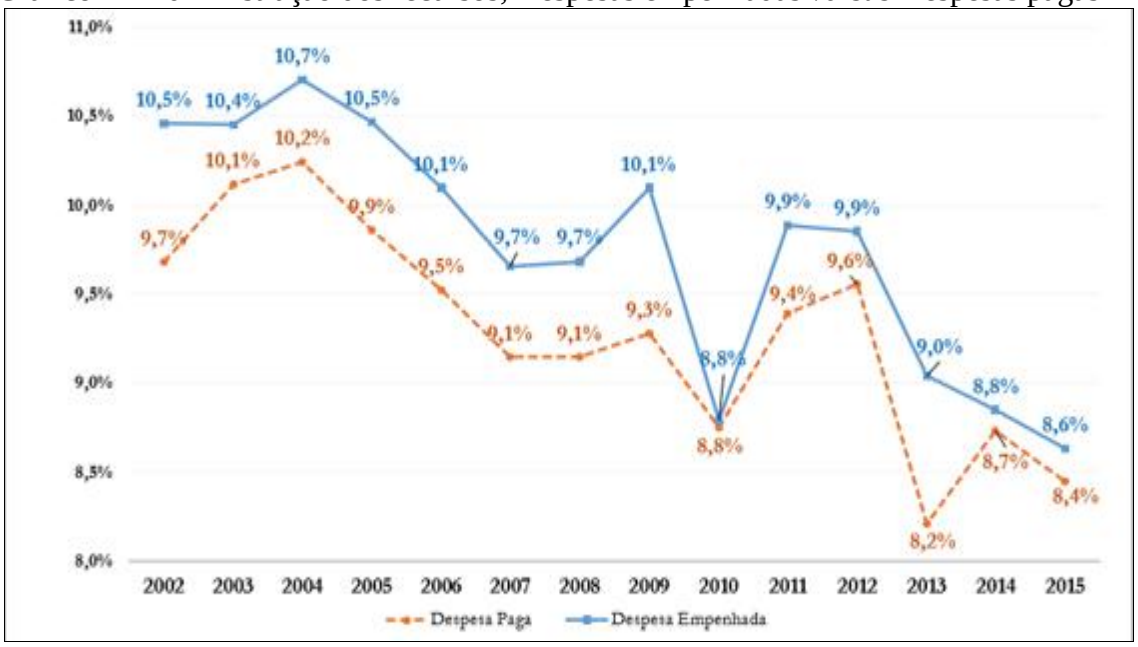
Tabela 2 - Orçamento previsto *versus* total de Gastos.

Orçamento Geral da União - Ministério da Saúde			
Ano	Dotação Autorizada	TOTAL PAGO**	TOTAL PAGO - Dotação Autorizada
2003	60.926.587.213,04	56.629.514.474,95	-4.297.072.738,09
2004	70.076.600.054,35	61.824.829.251,51	-8.251.770.802,84
2005	73.661.079.958,90	61.177.497.571,24	-12.483.582.387,66
2006	76.054.591.052,63	67.473.938.338,14	-8.580.652.714,49
2007	84.213.842.867,06	73.246.799.761,04	-10.967.043.106,02
2008	85.318.560.580,77	75.774.517.579,95	-9.544.043.000,82
2009	92.225.994.920,19	81.587.394.560,28	-10.638.600.359,91
2010	95.256.358.654,69	89.764.254.652,93	-5.492.104.001,77
2011	103.528.661.617,33	93.889.810.760,72	-9.638.850.856,61
2012	116.467.958.084,88	100.323.480.850,96	-16.144.477.233,92
2013	114.923.626.433,48	101.009.782.170,16	-13.913.844.263,32
2014	116.538.873.757,81	106.586.877.901,62	-9.951.995.856,19
2015	121.106.948.723,00	89.417.842.926,57	-32.689.105.796,43
TOTAL	1.210.299.683.918,14	1.058.706.540.800,06	-151.593.143.118,08

Fonte: SIAFI. Elaboração própria. Correção pelo IPCA.

Como é possível verificar ao longo do período dos governos Lula e Dilma (2003-2015), 151.593.143.118,08 bilhões de reais deixaram de ser gastos em saúde. Portanto, para além da insuficiência de recursos direcionados para o financiamento da saúde pelo governo federal, identificamos ainda uma subutilização destes recursos. Ora por ingerência das unidades orçamentárias ora por conta dos fluxos e burocracias no envio e na autorização de pagamento destes recursos. Vide gráfico abaixo:

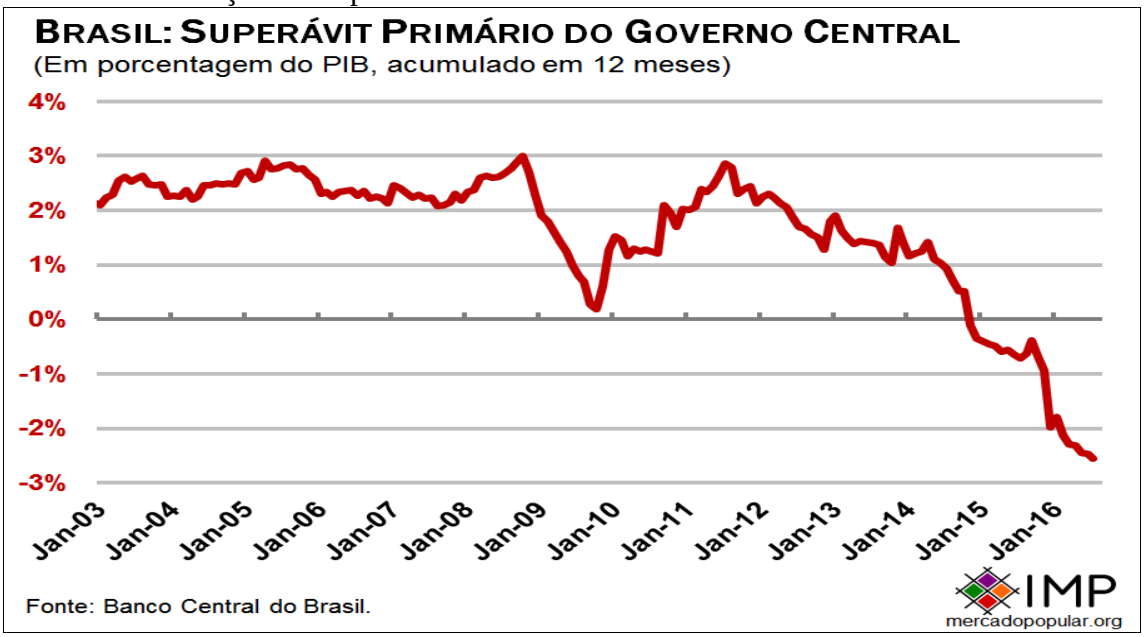
Gráfico 7 - Administração dos recursos; Despesas empenhadas *versus* Despesas pagas



Fonte: STN(despesas primárias totais) e MS(despesa empenhada e despesa paga). Elaboração Própria.

Quando comparamos a evolução tímida dos gastos com a manutenção do superávit primário temos a certeza de que a existência de um SUS de fato universal não está nas mãos dos políticos que votam o orçamento. No Gráfico abaixo apresentamos a solidez das reservas em função do superávit Primário, preservado mesmo nos priores momentos da crise econômica que estamos enfrentando nos últimos anos. Trata-se do dilema do copo d' agua pela metade, onde embora a mão direita do Estado insiste em afirmar que o copo está meio vazio para aumento dos gastos em saúde e a mão esquerda alega que este mesmo copo (dada a reserva do superávit primário) está meio cheio e que falta na verdade é vontade política e direcionamento das ações em prol do interesse comum dos brasileiros.

Gráfico 8 - Evolução do Superávit Primário.



Diante deste panorama do gasto público no Brasil, verifica-se que a questão do financiamento é uma preocupação preeminente. Todavia sabemos que os dispêndios com saúde tem sido objeto de preocupação em quase todos os países. Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, que já investem parcela considerável do seu PIB no setor, as atenções estão cada vez mais voltadas para a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que maior nível de dispêndios é condição insuficiente para alcançar melhores condições de saúde (HSIAO, 2007) e nem resolve, por si só, as iniquidades no acesso aos serviços. Nos países mais pobres, por sua vez, é premente a necessidade de estender o acesso aos serviços de saúde, de forma igualitária, a toda população, de melhorar a qualidade do atendimento e de buscar formas de suprir o financiamento setorial em concorrência com outras exigências de desenvolvimento social e econômico (PIOLA et. al., 2008). Pelo que percebemos estamos

justamente no meio do caminho, mas ainda muito deficitários no que tange a eficiência do planejamento e na execução dos recursos financeiros.

Complementando a preocupação com o volume, a eficiência e a efetividade dos gastos com saúde têm sido destacadas como objetivos essenciais para o aperfeiçoamento dos sistemas de financiamento do setor: (i) a proteção financeira contra os riscos do adoecimento; (ii) a equidade no financiamento; (iii) a busca, via alocação de recursos, de equidade no acesso e utilização de serviços de saúde[114]. De maneira geral, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas. Nestes países a maior parte do gasto privado é realizada sob a forma de pré-pagamento (planos e seguros privados).

O desembolso direto, forma mais iníqua e excludente de financiamento, é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres (OMS, 2000)[115]. Nos países de renda alta, as fontes administradas pelo setor público se responsabilizam, em média, por mais de 60% do gasto total, enquanto que nos países de renda baixa a participação do setor público não chega a 25% do dispêndio total (SCHIEBER et. al., 2007).

O problema do Brasil, se assim pode ser chamado, é que o gasto público é muito baixo para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Esse comportamento compactua com a expansão da saúde suplementar, e segundo Bahia e Scheffer (2012, pg. 453) representa "um desafio permanente à universalização da atenção à saúde, na medida em que seus efeitos ultrapassam as fronteiras das relações de consumo e incidem sobre a organização e a utilização de serviço". E acreditamos ser um empecilho para a concretização do bem estar comum da multidão de brasileiros.

O subfinanciamento da saúde pública, por um lado, e o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado de saúde, por outro, contribuem para que a participação do gasto público com no gasto total com saúde seja menor que o gasto privado, transformando o Brasil no único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público.

Isso evidencia a elevada participação privada no sistema de saúde brasileiro, e, com isso, é possível inferir que se cria uma espécie de atendimento desigual, em que, os cidadãos

---

[114] Para visualizar o ranking dos recursos per capita destinados à saúde das regiões e países, acesse: http://www.deepask.com.br/goes?Page=Veja-ranking-de-paises-pelo-gasto-per-capita-com-saude.

[115] Para visualizar o ranking dos países pelo gasto público (em percentagem do gasto total), acesse: http://www.deepask.com.br/goes?Page=Veja-ranking-de-paises-pelo-gasto-per-capita-com-saude.

de maior poder aquisitivo usufruem de melhores serviços, enquanto o SUS[116] é considerado um serviço de baixa qualidade. Essa lógica contraria o interesse comum. Conforme o Artigo 199 da CF/88, a saúde é livre à iniciativa privada, e se o governo opta pela compra de serviços privados para melhorar a assistência pública, em virtude de excesso de demanda, deve-se atentar que a atenção privada segue as leis de mercado. Porém deve ser considerado também, fundamentalmente o interesse comum, qualquer q seja modo de relacionamento com entre o campo da saúde pública ou privada.

Com base na lógica empresarial puramente, as especificidades e carências de determinadas regiões podem não ser levadas em conta, em virtude do estabelecimento de "cotas" ou "metas" de atendimento aos usuários do sistema. Assim, os interesses públicos e privados podem não acompanhar as mudanças, os estilos e os comportamentos demográficos, e desta maneira, a cobertura torna-se insuficiente aos cidadãos (MENICUCCI, 2007). Já atrelada ao bem estar comum à lógica necessariamente considerará todas as questões envolvidas e o norte será sempre sustentado pelo interesse comum de todos os brasileiros que compõe a nação.

5.1.2 Gastos com saúde das famílias

O gasto privado alocado pelas famílias é distribuído basicamente em três categorias: seguro saúde, medicamentos e demais despesas. Borges *et al*(2012, p. 100) ressaltam que "o peso do gasto privado direto é importante para indicar a distribuição dos gastos por nível de renda, pois embora as pessoas que têm menos renda gastem menos, o peso desse gasto sobre suas rendas é muito maior que o ocorrido entre os com maior renda". Entre as famílias, o principal gasto na área de saúde é com serviços privados, o que inclui planos de saúde. O total gasto pelas famílias para esse fim ficou em 141,3 bilhões em 2013. Isso representou 2,7% do PIB daquele ano, detalhou o IBGE – sendo que em 2010, esse percentual era menor que 2,5%. Apontando uma tendência de crescimento.

Percebe-se na análise dos gastos diretos que quanto menor a faixa de rendar familiar, maior a proporção dela destinada a medicamentos, e mesmo com programas de distribuição

[116] É importante salientar que ao existir a concepção de que o SUS é direcionado para os pobres, retira-se a noção de que o Sistema é uma política universal e enquanto isso, promotora de desenvolvimento e crescimento econômico.

gratuita de medicamentos e da farmácia popular, Ocké-Reis salienta (2015, p. 1352) “os trabalhadores de baixa renda continuam comprometendo, proporcionalmente, maior parcela da renda familiar com medicamentos do que as famílias de maior renda”.

Os dados também revelam que, apesar de certos avanços, mais da metade dos gastos de um paciente com a saúde sai de suas próprias economias, seja pelo pagamento de planos privados ou arcando com consultas e operações. No total, 53,9% dos gastos com a saúde no Brasil vêm da renda dos cidadãos. Em 2000, essa taxa chegava a quase 60%. Mas a média mundial é de 39%.

Descontando planos de saúde, a OMS também destaca que 25% do custo com o setor no Brasil sai dos bolsos dos pacientes. Ainda que a taxa também seja considerada como alta, ela é inferior aos 36% registrados há dez anos.

Apesar dos avanços, o Brasil ainda não atinge as taxas médias mundiais, de 18% do gasto com a saúde saindo do bolso do cidadão. “A pergunta que tem de ser feita é se os cidadãos estão recebendo os serviços que precisam ter sem passar por dificuldades financeiras”, afirmou a analista da OMS Gretchen Stevens, sem citar quais países.

Hoje, os gastos com saúde equivalem, em média, a 7,2% do orçamento das famílias no Brasil. O dado é da última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE, de 2008. Perdem apenas para gastos com habitação, alimentação e transporte. Investimento público maior poderia reduzir a pressão da saúde sobre os orçamentos das famílias: “O SUS desconcentrar a renda”, diz Ocké-Reis, da Abres. “Se o investimento público é baixo, o acesso à saúde fica reduzido.” No Brasil de 2008, segundo um levantamento de Nilson Costa, da Fiocruz, os gastos com desembolso direto respondiam por 39% do investimento total em saúde.

O investimento privado em saúde no Brasil é alto. Os números brasileiros superam aqueles verificados em países com sistemas universais de saúde. E superam também aqueles encontrados em países com perfil econômico semelhante ao brasileiro. O cenário é problemático, sobretudo em momentos de crise econômica – quando pessoas perdem empregos e a cobertura de planos de saúde empresariais. Gasto público maior, se bem feito, poderia tornar o acesso à saúde no país mais igualitário – e reduzir o peso desses gastos nos orçamentos das famílias. Colaborando assim para o bem estar comum dos brasileiros.

Os pagamentos diretos (*out-of-pocket*) são 57,80% dos gastos em saúde (WHO, 2015), o que são indícios de que as famílias brasileiras têm um desembolso elevado para obter bens e serviços de saúde. Segundo Mioto, Dal Prá, Gelinski e Moser (2014) os remédios e planos de

saúde são responsáveis por aproximadamente 80% dos gastos do orçamento familiar em assistência à saúde.

5.1.3 Gasto em saúde privado

Na composição do gasto privado, os planos de saúde respondem por 40,4%, tornando o desembolso direto a parte mais significativa (Viana *et al*, 2014). Considerando sua natureza "inelástica", os gastos com planos tendem a crescer – embora compensados pelos incentivos governamentais, e, apesar de programas de distribuição gratuita e da farmácia popular, os trabalhadores de baixa-renda continuam comprometendo, proporcionalmente, maior parcela da renda familiar com medicamentos do que as famílias de maior renda (Garcia *et al*,2013).

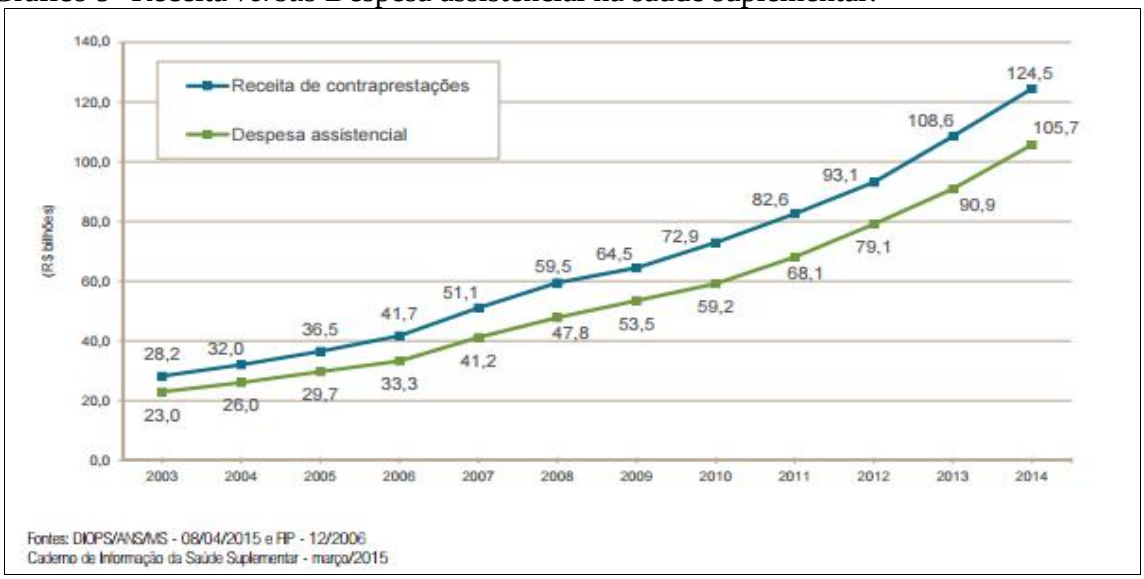
Segundo Ocké-Reis *et al* (2001, p. 28) "o comportamento dos gastos das famílias com planos de saúde oferece subsídios sobre a formulação de políticas de saúde no Brasil, entre outros, no campo do financiamento dos serviços de saúde". Levando em conta esse quadro indicado por Ocké-Reis, existe a competição estimulada pelo mercado brasileiro de possíveis beneficiários aos planos e seguros privados. Assim, de acordo com esse pesquisador (2012, p. 83), "as grandes operadoras passam a reivindicar reajustes sistemáticos de preços (upstream); barateando o custo dos médicos e dos procedimentos hospitalares (*dowstream*)", manobra que não é muito interessante ao bem estar comum nem da multidão de beneficiários nem para o total de brasileiros. Uma vez que esta estratégia compromete a qualidade e o acesso dos serviços. Por conseguinte fortalece a duplicidade do sistema fazendo com que os beneficiários da saúde privada concorram por acesso com os usúarios da saúde pública pelo uso de determinados serviços no SUS.

Outra questão envolvida é que de acordo com Cutler e Zeckhauser (2003) *apud* Ocké-Reis (2007) o mercado de planos de saúde possui "demanda inelástica, a oferta orienta a procura e a presença de externalidades não favorece o predomínio de mecanismos de mercados". Ainda, no Brasil, Ocké Reis (2007, p. 1043) estabeleceu que em 2006, "dentre as 1264 operadoras, apenas 8 (0,6%) das operadoras detinham 21% dos usuários dos planos de saúde". Isso significa que existe de fato a necessidade de um órgão regulador em virtude desse movimento de concentração e do aumento do poder de mercado das operadoras líderes (OCKÉ-REIS, 2007).

Conforme Ocké-Reis (2012, p. 84) “o grau de concentração dos planos de saúde, grosso modo, permite avaliar seu nível de competividade, indicando o poder econômico e participação das operadoras dentro do mercado”. Pode-se dizer, então, que as grandes operadoras apostam na diferenciação para se sobressair frente à concorrência. Desta forma, ao aspirar por um maior número de clientes e prêmios (mensalidades), estas necessitam de recursos (lucros) para efetuar o desenvolvimento de novas tecnologias. Portanto, “um mercado concentrado e pouco competitivo em relação aos preços pode provocar efeitos negativos sobre a qualidade da atenção médica assistida aos consumidores” (OCKÉ-REIS, 2012, p. 88).

Ao observarmos o fluxo de entrada de receitas e saída de despesas ao longo do período 2003-2015 percebemos que houve um grande crescimento de receitas no período, também observamos que mesmo com os gastos sempre crescentes existiu uma margem de lucratividade, como pode ser visto no gráfico abaixo:

Gráfico 9 -Receita *versus* Despesa assistencial na saúde suplementar.



Porém ao analisarmos o padrão de crescimentos das receitas e despesas oriundas da movimentação pelas operadoras de planos de saúde percebemos que embora as receitas tenham alcançado um excepcional crescimento da ordem de 82,1%, o percentual de crescimento das despesas nos governos Lula I, II e Dilma I, II foram superiores a 85%. Essa discrepância foi acompanhada por um aumento da taxa de sinistralidade de 80% para 84%, o que automaticamente sinaliza um desafio à rentabilidade e consequente sustentabilidade do sistema (Bain & Company, Inc, 2015).

Nesse bojo, no ano de 2015 constatamos - desde o fim do primeiro ano de governo Lula I - o pior resultado entre receitas e despesas entre as operadoras de planos de saúde,

apenas 923.230.920 milhões. Essa situação parece ser resultado da crise econômica que assola o país.

Aqui cabe lembrarmos que esta situação de fragilidade da saúde privada agrava ainda mais a grave situação que vive o SUS que tem absorvido cada vez mais beneficiários e demandas da saúde privada. Quadro que prejudica diretamente a busca do bem estar comum dos brasileiros.

Neste momento de crise financeira do Estado, é importante o uso adequado dos recursos econômicos disponíveis. E se faz preciso entender que os fatores que agem na demanda por serviços de saúde são de natureza variada, podendo se sobrepor, o que aumenta ainda mais a demanda: necessidade sentida, fatores psicossociais, seguridade social, demografia, epidemiologia, utilização dos serviços, regulamentação e fatores culturais. Os que agem na oferta da assistência à saúde são: progresso técnico-médico, difusão da inovação e multiplicação dos centros de assistência à saúde. Os fatores da demanda não podem ser rapidamente contidos, enquanto que os de oferta são muito mais facilmente controlados, mas são poucos os exemplos encontrados na literatura sobre o sucesso das medidas de controle. Para Zucchi (2000, p.128), "gastar menos e melhor deve ser um dos objetivos a ser seguido pelo setor saúde como um todo". Como mencionado anteriormente, a pressão pela redução de custos caracteriza o momento atual dos sistemas de saúde globalmente.

As razões mais comumente evocadas para explicar o aumento dos gastos em saúde são o envelhecimento das populações, a maior oferta de médicos e serviços de saúde e o progresso tecnológico. Estes fatores têm, sem dúvida, grande importância, porém não conseguem ser suficientes para explicar o aumento dos gastos em saúde. Existe uma preocupação crescente com os fatores econômicos, que condicionam tanto a prestação de serviços de saúde como o próprio nível de saúde da população. Isto explica a inquietude dos poderes públicos em relação a um setor cujas despesas crescem a um ritmo superior ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB).

Todavia o que se verifica é que estes fatores incidem de maneira diferente no SUS e na saúde privada. Fica claro que existe uma engenharia e uma aplicação de recursos bastante diferenciada entre o campo da saúde pública e o campo da saúde privada. Basta recordar que o SUS é responsável por cerca de 160 milhões de brasileiros com 46% por cento dos gastos em saúde e a saúde suplementar é responsável por cerca de 50 milhões de pessoas e gasta cerca de 54% do total em saúde.

Não só os custos do sistema suplementar de saúde têm aumentado mais do que as receitas, como a escalada também tem sido consideravelmente superior à inflação. A Variação

de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) tem sido consistentemente superior ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A maior parte (75%) dos custos médico-hospitalares é representada por internações e exames, que impulsionaram o aumento de custos totais pelo aumento de frequência de utilização e, principalmente, pelo aumento de preços. Um dos motivos para esse aumento agressivo nos custos hospitalares em todo o mundo é a constante adoção de novas tecnologias na área da saúde.

Segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)[117] , apenas em 2013 foram absorvidos pelo sistema de saúde suplementar do Brasil mais de 100 novos itens, cirurgias, medicamentos e indicações médicas, e "até o SUS é mais cuidadoso com a adoção de novas tecnologias (do que o setor privado)". Além do processo de incorporação de novas tecnologias, também têm sido foco de discussão no Brasil as falhas no mercado de materiais, como é o caso das próteses e órteses. Conforme a Fenasaúde, o valor de uma prótese de joelho no Brasil pode oscilar entre R$2 mil e R$18 mil, e esta variação pode ser um desafio para os pagadores.

Essa pressão de custos é ainda reforçada por um conjunto de costumes observados no Brasil que destoam das práticas recomendadas internacionalmente. Os partos cesáreos, por exemplo, representam hoje 70% dos nascimentos no país, enquanto, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15%. No sistema privado de saúde, o percentual é ainda maior: mais de 90% dos nascimentos são realizados através de cesarianas. Na Europa, em comparação, a maioria dos países registrou em 2010 taxas de cesarianas entre 20-30%; nos EUA, 33% dos partos em 2009 foram cesáreos[118].

O uso do pronto-socorro em detrimento das consultas ambulatoriais é outro indicador de que algumas práticas de saúde no Brasil precisam ser revistas. Entre 2008 e 2011, a proporção de consultas emergenciais no total de consultas (emergenciais e ambulatórias) cresceu de 65% para 78%3 enquanto que o percentual de consultas no pronto-socorro que levam a internação decresceu 3%, sugerindo que cada vez mais pacientes se dirigem ao pronto-socorro com quadros clínicos típicos de consultas ambulatoriais e não emergenciais. Isso impacta diretamente a eficiência do serviço hospitalar, aumentando as filas no pronto-socorro e, consequentemente, o tempo de atendimento dos casos que são verdadeiramente críticos.

---

[117] Notícia publicada em 30 de abril de 2014 em: http://www.cnseg.org.br/fenasaude/servicos-apoio/noticias/saude-suplementar-convive-com-paradoxo-tecnologico-diz-economista.html

[118] ANS (fontes citadas pela ANS: Ministério da Saúde/SINASC, SIP/ANS, OECD Health Data 2012).

Outro exemplo, a “cultura do especialista” enraizada no Brasil também continuará contribuindo para o aumento da demanda. Ao contrário do que acontece em países como Inglaterra, Holanda ou Canadá, onde o paciente recorre primeiramente a um médico generalista ou de família, no Brasil é mais comum que o paciente procure diretamente o especialista ao qual associa seu problema. Normalmente, isso conduz a uma série de procedimentos e exames desnecessários. Um exemplo é a comparação feita pela OECD em 2013 do número de ressonâncias magnéticas realizadas em diferentes países. No Brasil, foram realizadas 80 ressonâncias magnéticas para cada 1.000 habitantes, o dobro do registrado na Inglaterra e muito acima da média dos países europeus de, aproximadamente 47[119].

Discussões recentes entre prestadores, pagadores e a própria ANS sobre a evolução da saúde suplementar no Brasil antecipam as mudanças que serão necessárias para garantir a sustentabilidade do sistema privado e consequentemente o alinhamento com o interesse comum. Soluções estas que recorrentemente passam por um conjunto de iniciativas como o fortalecimento do atendimento primário, a introdução de um cuidado integrado do paciente, a adoção de protocolos de atendimento, a melhor gestão da informação e até mesmo a introdução de métodos de pagamento que melhor alinhem os incentivos entre paciente, prestador e operadora.

Apesar de haver a necessidade de alinhamento geral entre os interlocutores do campo público e do campo privado da saúde sobre a necessidade imposta pela dependência de trajetória de coexistência do SUS e da Saúde Suplementar e sobre onde se deseja chegar: no bem estar comum de todos os cidadãos que compõem a multidão de brasileiros, ainda há bastante discussão sobre como se iniciar essa mudança.

A maior fragmentação e separação dos campos dentro da política de saúde dual no Brasil trazem dificuldades adicionais na formulação de *modus operandi* mais eficientes para o setor saúde. Os caminhos mencionados a seguir têm muita inspiração nas soluções norteadas pela busca do bem estar comum, porém ainda carecem de maiores reflexões para superar lacunas percebidas no contexto brasileiro, como é o caso específico do gasto tributário em saúde no país.

---

[119] Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_20130410.pdf

5.1.4 Gastos Tributários em Saúde

Sistemas tributários admitem a presença de desonerações, isenções, deduções, reduções de base de cálculo, reduções de alíquota e créditos presumidos, entre outros. Uma parte de tais dispositivos faz parte do funcionamento regular do próprio sistema; outra parte financia atividades extraordinárias tanto na área social (educação, saúde, previdência etc.), quanto na área econômica (setor automobilístico, eletrodomésticos etc.) – como, por exemplo, os gastos tributários.

Em particular, tal renúncia de arrecadação fiscal pode ser definida enquanto uma transferência de recursos públicos realizada mediante a redução da obrigação tributária dos contribuintes (Kraan, 2004). Assegurados na legislação, tais gastos dão um tratamento favorável a uma determinada atividade ou para determinados contribuintes. Ao reduzir a carga tributária direta ou indiretamente, acaba se criando uma brecha no sistema tributário de referência com a finalidade de alcançar certos objetivos de política econômica ou social (CIAT, 2011). Em outras palavras, são os incentivos governamentais, em que o Estado deixar de arrecadar parte dos tributos, ao efetuar um pagamento implícito, um gasto indireto (RFB, 2012).

Cabe assinalar, a Receita Federal do Brasil (RFB) produz, anualmente, três relatórios com informações sobre o gasto tributário em saúde: dois deles são elaborados em uma perspectiva futura, referente aos exercícios subsequentes, apresentando previsões/projeções da renúncia fiscal, que integram a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e o Projeto de Lei orçamentária Anual (PLOA); o outro relatório tem uma abordagem retrospectiva, referindo-se, a rigor, a uma série histórica de cinco anos, que contém a estimativa da renúncia calculada com base nos dados – efetivamente – registrados nas operações tributárias desoneradas durante o período.

Para realizar a formulação deste subitem utilizamos os referidos instrumentos acrescidos do documento elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pela RFB, a fim de apresentar uma radiografia do gasto tributário em saúde, estimado com base em dados efetivos. Evidenciando assim o favorecimento do setor privado da saúde pelos governos analisados por esta tese.

A seguir apresenta-se a distribuição do gasto, a metodologia de cálculo e a estimativa da renúncia de arrecadação fiscal entre 2003 e 2013, utilizando dados agregados dos contribuintes (pessoa física e pessoa jurídica) – seja do lado das famílias e dos empregadores,

seja do lado da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos.

Sabemos que no Brasil, a obrigatoriedade de acompanhar os gastos tributários está inscrita na Constituição Federal de 1988, artigo 165, parágrafo sexto: “o projeto de lei orçamentária será acompanhado de demonstrativo regionalizado do efeito, sobre as receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia” (Constituição, 1988). Contudo, nesta analise o diagnóstico nos remete a reflexão que o país necessita fazer sobre o tipo de condução política e financeira que a política dual de saúde tem sido submetida sob essa lógica de recompensas tributárias.

O gasto tributário em saúde pode ser distribuído em seis componentes:

a) despesa médica do Imposto de Renda das Pessoas Físicas – IRPF (Lei 9.250/95, art. 8º) As pessoas físicas podem deduzir da base de cálculo do imposto de renda os gastos com saúde (médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, exames laboratoriais, hospitais, clínicas e planos de saúde). Dessa forma, a base de cálculo é reduzida e a pessoa apura um imposto a pagar menor;
b) despesa com assistência médica do Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas – IRPJ (Lei 9.249/95, art. 13°, V.) 3,95 3,78 3,65 3,60 3,68 4,15 4,66 17,53 17,38 17,29 17,52 16,23 18,39 20,51 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 % PIB % Receita 10 Os empregadores podem deduzir da base de cálculo do imposto de renda os gastos com assistência médica, odontológica e farmacêutica fornecidos a seus empregados;
c) programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica – Pronon / Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência – Pronas-PCD (Lei 12.715/12, art. 1º ao 14°; Lei 12.844/13, art. 28°) As pessoas físicas, a partir de 2012, e, as pessoas jurídicas, a partir de 2013, podem deduzir do Imposto de Renda Devido (IRD) as doações e os patrocínios em favor de projetos de atenção oncológica e de atenção aos deficientes até o limite de 1% do seu imposto devido. Esses projetos devem ser previamente, aprovados pelo MS e devem ser desenvolvidos por pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, quer sejam certificadas como entidades beneficentes de assistência social, quer sejam qualificadas enquanto organizações sociais;
d) desoneração da Contribuição dos Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/Pasep e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins para a produção de

medicamentos (Lei 10.147/00)5 A tributação de PIS/Cofins incidente sobre toda a cadeia de produção e comercialização de medicamentos está desonerada. Para as etapas de importação e industrialização, foi instituído um crédito presumido de PIS/COFINS, que anula o valor dos tributos devidos nessas operações. Para as demais etapas, inclusive para a venda a varejo nas farmácias, a alíquota do PIS/COFINS foi reduzida a zero;

e) alíquota zero de PIS/COFINS para produtos farmacêuticos e produtos químicos intermediários de síntese (Lei 10.637/02, art. 2º, § 3º; Lei 10.833/03, art. 2º, § 3º; Lei 10.865/04, art. 8º, § 11; Decreto 6.426/08) A alíquota do PIS/Cofins está reduzida a zero sobre a importação ou receita de vendas dos produtos farmacêuticos e produtos químicos intermediários de sínteses, listados em regulamento (Decreto 6.426/08);

f) isenção de IRPJ / CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido, COFINS e Contribuição Previdenciária Patronal (CPP) para os hospitais filantrópicos (Constituição Federal 1988, art. 150, VI, "c" e art. 195°, § 7º; Lei 9.532/97, art. 12 e art. 15°; MP 2.158-35/01, art. 14, X; Lei 12.101/09; Decreto 8.242/14) As entidades filantrópicas na área da saúde devem ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%, ou aplicar percentual da sua receita em gratuidade na área da saúde, e cumprir outros requisitos legais (atuar sem fins lucrativos, remunerar diretores até o limite do subsídio do serviço público etc.) para fazer jus à isenção de IRPJ/CSLL, COFINS e CPP.

Tabela 3 - Série histórica de participação percentual dos gastos no Brasil.

Participação percentual, Gasto Tributario e Gasto Tributário em Saúde - 2003 - 2013

Ano	Gasto tributário(R$ milhões)		%
	Gasto Tributário Total	Gasto Tributário em Saúde	
2003	38.857	8.641	22,2%
2004	49.800	10.515	21,1%
2005	56.429	11.426	20,2%
2006	81.240	14.894	18,3%
2007	102.673	15.148	14,8%
2008	114.755	17.050	14,9%
2009	116.098	17.229	14,8%
2010	135.861	18.376	13,5%
2011	152.406	20.042	13,2%
2012	182.410	23.039	12,6%
2013	225.630	25.363	11,2%

Fonte: RFB, Ceat. Elaboração IPEA (2014)

Na tabela acima, pode-se observar que, em 2003, o setor saúde respondeu por 22,2% do gasto tributário total. Essa participação foi decrescente ao longo do período, atingindo 11,2% em 2013. Essa redução se explica em boa parte pela ampliação das desonerações fiscais e previdenciárias promovidas pelo governo federal a partir de 2006, que ganharam novo impulso em 2010, a partir de três fatores: o alargamento do simples nacional; a desoneração da cesta básica; e a criação de diversos regimes especiais de tributação.

Tabela 4 - Série histórica da proporção dos gastos do Ministério da Saúde.

Proporção do gasto tributário em saúde sobre a despesa do ministério da saúde - 2003 - 2013

Ano	MS (R$ milhões)	Gasto Tributário em Saúde (R$ milhões)	%
2003	27.181	8.641	31,8%
2004	32.703	10.515	32,2%
2005	37.146	11.426	30,8%
2006	40.750	14.894	36,6%
2007	44.304	15.148	34,2%
2008	48.670	17.050	35,0%
2009	58.270	17.229	29,6%
2010	61.965	18.376	29,7%
2011	72.332	20.042	27,7%
2012	80.063	23.039	28,8%
2013	83.053	25.363	30,5%

Fonte: RFB, Ceat, MS. Elaboração IPEA (2014)

Na tabela anterior, verificamos que o gasto tributário em saúde (renúncia de arrecadação fiscal) como proporção das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) do MS se manteve praticamente estável entre 2003 e 2013. Em 2006, esse percentual alcançou 36,6% (como veremos a seguir na tabela x, esse percentual foi puxado pela magnitude da renúncia dos medicamentos e produtos químicos). Vale dizer, a proporção da renúncia caiu quando houve aumento nominal do gasto direto, como se observou entre 2009 e 2012. Tendo em vista as necessidades de financiamento do SUS, esse fato merece ser destacado, uma vez que a renúncia não foi desprezível no período: em onze anos, a preços médios de 2013, o governo subsidiou o setor em aproximadamente R$ 230 bilhões. No último ano, os subsídios alcançaram R$ 25,4 bilhões (tabela abaixo).

Tabela 5- Série histórica do PIB e dos gastos em saúde.

Produto interno bruto, ministerio da saúde, gasto tributário em saúde e gasto federal total % - 2003 - 2013

(Valores a preços médios de 2013)

Ano	PIB	Ministério da saude (MS)	MS/ PIB	Gasto Tributário em Saúde (GT)	GT/ PIB	Gasto Tributário em Saúde (GFT)	GFT/ PIB
	(R$ milhões)	(R$ milhões)		(R$ milhões)		(R$ milhões)	
2003	3.505.393	46.469	1,33%	14.772	0,42%	61.241	1,75%
2004	3.703.824	52.449	1,42%	16.864	0,46%	69.313	1,87%
2005	3.820.452	55.745	1,46%	17.147	0,45%	72.892	1,91%
2006	3.973.246	58.698	1,48%	21.454	0,54%	80.153	2,02%
2007	4.211.871	61.576	1,46%	21.054	0,50%	82.629	1,96%
2008	4.423.277	64.009	1,45%	22.423	0,51%	86.432	1,95%
2009	4.412.873	73.063	1,66%	21.603	0,49%	94.666	2,15%
2010	4.746.986	73.969	1,56%	21.936	0,46%	95.905	2,02%
2011	4.932.889	80.971	1,64%	22.436	0,45%	103.407	2,10%
2012	5.019.838	85.030	1,69%	24.468	0,49%	109.499	2,18%
2013	5.157.569	83.053	1,61%	25.363	0,49%	108.416	2,10%

Fonte: RFB, Ceat, MS, IBGE. Elaboração IPEA (2014)

Na tabela acima se observa que o gasto do MS cresceu em termos reais em relação ao PIB: de 1,33% em 2003 para 1,61% em 2013. Em menor intensidade, a mesma tendência se verifica nesse período em relação aos gastos tributários (de 0,42% para 0,49% do PIB). Entretanto, essa trajetória sofreu uma descontinuidade em 2013: o PIB cresceu e o montante de subsídio permaneceu estável, enquanto a despesa com ASPS diminuiu em relação ao PIB. Da ótica global do financiamento público do SUS, essa constatação é preocupante, apesar do governo federal ter aplicado direta e indiretamente na saúde R$ 108,4 bilhões em 2013, aproximadamente 2,1% do PIB.

Conforme a tabela abaixo, as pessoas físicas (famílias) foram, relativamente, as mais favorecidas na distribuição do gasto tributário em saúde. Sua participação diminuiu ao longo do período, mas se beneficiaram com mais de um terço do gasto em 2013 (37,8%). Do lado da oferta, os hospitais filantrópicos foram os mais privilegiados. Em 2003, receberam 30,2% dos subsídios, e, embora esse percentual tenha caído e oscilado durante o período, volta a crescer nos últimos anos, alcançando um patamar de 29%. Os medicamentos e produtos químicos foram aqueles que apresentaram depois a participação mais significativa: 18,1% em média do período, atingindo inclusive 26,6% em 2006. As pessoas jurídicas têm, na média, a menor participação percentual (13,6%), mas, como veremos a seguir na tabela 5, seu crescimento em termos reais foi bastante acentuado.

Tabela 6- Série histórica da distribuição do gasto tributário.

IRPF: Distribuição percentual segundo tipo de gasto tributário em saúde - 2003 - 2013

Ano	Hospitais Clinicas Brasil	%	Hospitais Clinicas Exterior	%	Planos de Saúde	%	Profissionais Saúde Brasil	%	Profissionais Saúde Exterior	%	**Total**	%
	R$ milhões		R$ milhões		R$ milhões		R$ milhões		R$ milhões		**R$ milhões**	
2003	715	19,1	14	0,38	1.940	51,8	1.020	27,3	55	1,5	3.745	100,
2004	870	19,1	17	0,38	2.362	51,8	1.242	27,3	66	1,5	4.558	100,
2005	897	18,0	16	0,31	2.736	55,0	1.268	25,5	58	1,2	4.975	100,
2006	1.055	18,3	16	0,28	3.232	56,0	1.414	24,5	58	1,0	5.776	100,
2007	1.535	23,6	25	0,38	3.586	55,1	1.173	18,0	188	2,9	6.507	100,
2008	1.818	24,2	30	0,40	4.309	57,3	1.247	16,6	118	1,6	7.521	100,
2009	1.511	22,2	13	0,19	4.132	60,8	1.100	16,2	38	0,6	6.794	100,
2010	1.318	19,3	10	0,15	4.318	63,4	1.157	17,0	10	0,2	6.813	100,
2011	1.586	20,6	12	0,15	4.830	62,6	1.282	16,6	6	0,1	7.716	100,
2012	1.615	18,4	12	0,14	5.773	65,9	1.351	15,4	5	0,1	8.762	100,
2013	1.675	17,5	14	0,15	6.459	67,3	1.365	14,2	5	0,1	9.596	100,

Fonte: RFB,. Elaboração IPEA (2014).

Tabela 7 - Série histórica do crescimento real dos gastos tributários.

Produto interno bruto, ministerio da saúde, gasto tributário em saúde e gasto federal total % - 2003 - 2013
(Valores a preços médios de 2013)

Ano	IRPF	IRPJ	Medicamentos e Produtos Quimicos	Hospitais Filantrópicos	**Total**
	(R$ milhões)	(R$ milhões)	(R$ milhões)	(R$ milhões)	**(R$ milhões)**
2003	6.402	1.986	1.917	4.467	**14.772**
2004	7.311	2.099	2.369	5.085	**16.864**
2005	7.466	2.255	2.600	4.825	**17.147**
2006	8.320	2.479	5.702	4.954	**21.454**
2007	9.043	2.921	3.997	5.092	**21.054**
2008	9.892	2.869	4.066	5.596	**22.423**
2009	8.519	2.855	4.333	5.897	**21.603**
2010	8.133	3.171	4.314	6.318	**21.936**
2011	8.638	3.288	4.004	6.507	**22.436**
2012	9.305	3.552	4.448	7.163	**24.468**
2013	9.596	4.048	4.338	7.381	**25.363**

Fonte: RFB,. Elaboração IPEA (2014)

Tabela 8 - Série histórica da distribuição percentual segundo os gastos tributários.

IRPF: Distribuição percentual segundo tipo de gasto tributário em saúde - 2003 - 2013

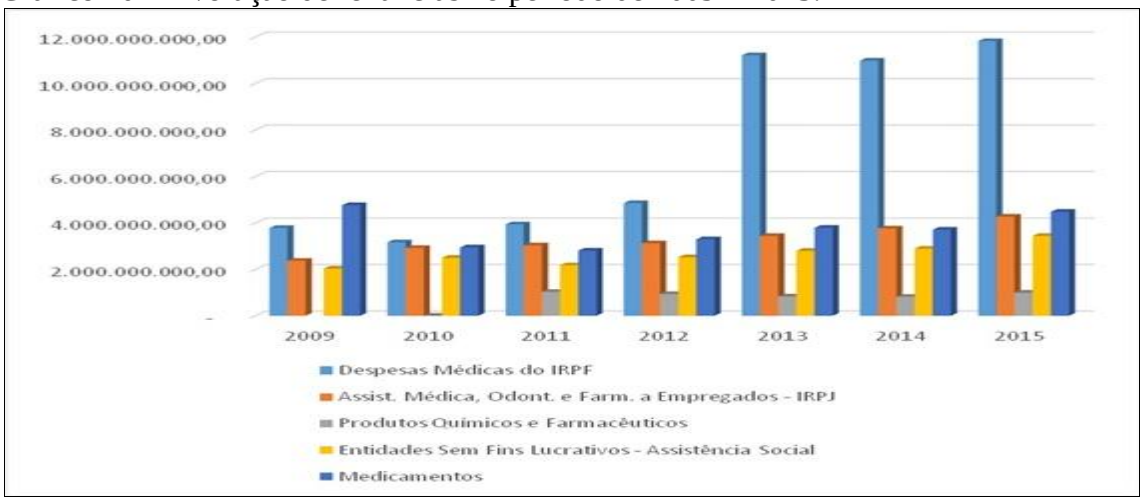
Ano	Hospitais Clinicas Brasil	%	Hospitais Clinicas Exterior	%	Planos de Saúde	%	Profissionais Saúde Brasil	%	Profissionais Saúde Exterior	%	Total	%
	(R$ milhões)		(R$ milhões)		(R$ milhões)		(R$ milhões)		(R$ milhões)		(R$ milhões)	
2003	715	19,1	14	0,38	1.940	51,8	1.020	27,3	55	1,5	3.745	100,0
2004	870	19,1	17	0,38	2.362	51,8	1.242	27,3	66	1,5	4.558	100,0
2005	897	18,0	16	0,31	2.736	55,0	1.268	25,5	58	1,2	4.975	100,0
2006	1.055	18,3	16	0,28	3.232	56,0	1.414	24,5	58	1,0	5.776	100,0
2007	1.535	23,6	25	0,38	3.586	55,1	1.173	18,0	188	2,9	6.507	100,0
2008	1.818	24,2	30	0,40	4.309	57,3	1.247	16,6	118	1,6	7.521	100,0
2009	1.511	22,2	13	0,19	4.132	60,8	1.100	16,2	38	0,6	6.794	100,0
2010	1.318	19,3	10	0,15	4.318	63,4	1.157	17,0	10	0,2	6.813	100,0
2011	1.586	20,6	12	0,15	4.830	62,6	1.282	16,6	6	0,1	7.716	100,0
2012	1.615	18,4	12	0,14	5.773	65,9	1.351	15,4	5	0,1	8.762	100,0
2013	1.675	17,5	14	0,15	6.459	67,3	1.365	14,2	5	0,1	9.596	100,0

Fonte: RFB,. Elaboração IPEA (2014))

No interior dos gastos tributários em saúde, os subsídios destinados às pessoas físicas (IRPF) cresceram 50% em termos reais no período, alcançando R$ 9,5 bilhões em 2013. Cabe destacar, os empregadores (IRPJ) passaram a renunciar mais do que o dobro de recursos na área da saúde, saindo do patamar de R$ 1,9 bilhão em 2003 para R$ 4 bilhões em 2013. Os medicamentos e produtos químicos foram aqueles que apresentaram maior crescimento do gasto tributário, aumentando quase uma vez e meia, chegando a R$ 4,3 bilhões em 2013. Finalmente, o montante da renúncia (fiscal e previdenciária) relativa aos hospitais filantrópicos subiu de R$ 4,4 bilhões em 2003 para R$ 7,4 bilhões em 2013 (depois do IRPF, nesse último ano, essa foi a maior soma em termos absolutos).

As pessoas físicas podem abater parte de seus gastos com profissionais de saúde, planos privados, hospitais e clínicas (IRPF). No total, os subsídios relacionados às despesas com hospitais e clínicas (Brasil) tiveram uma participação percentual significativa, oscilando entre 19% (2003), 24,2% (2008) e 17,6% (2013). Vale destacar, à guisa de ilustração, as despesas com prótese de silicone e marca-passo só são dedutíveis se fizerem parte da conta hospitalar. Ademais, os gastos tributários associados aos hospitais e clínicas no exterior foram residuais ao longo do período. Já a expressiva participação percentual dos gastos com planos de saúde foi crescente entre 2003 e 2013, alcançando 67,9% em 2013, dada sua condição de 'terceiro pagador' no mercado de serviços de saúde. Abaixo se apresenta um gráfico onde é possível visualizar a segmentação destas renúncias:

Gráfico 10 - Evolução de renúncias no período de 2009 – 2015.



Fonte: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

De outra parte, podemos, igualmente, supor a existência de um fenômeno corporativo interessante na evolução da renúncia oriunda das despesas dos contribuintes com profissionais de saúde: ela cai de 27,3% em 2003 para 14,3% em 2013, em boa medida, porque, provavelmente, tais profissionais passaram a atuar enquanto pessoa jurídica ('clínicas') com o

objetivo de reduzir seus encargos fiscais e previdenciários. No exterior, o gasto tributário relacionado a tais profissionais foi, relativamente, pequeno, uma vez que sua participação percentual de 3% em 2007 equivaleu a uma renúncia no valor de R$ 188 milhões – embora não seja um montante desprezível se olharmos para algumas ações e programas do MS.

No Brasil, apesar da obrigatoriedade de acompanhar os gastos tributários está inscrita na Constituição Federal, parece que os resultados não são utilizados pelo MS para pleitear maiores recursos visando garantir a sustentabilidade do financiamento do SUS. Afinal, de um lado, boa parte das desonerações incide sobre contribuições sociais atreladas ao Orçamento da Seguridade Social (OSS), e, de outro, os gastos tributários correspondem a recursos públicos indiretos, que deveriam ser submetidos aos mesmos critérios de avaliação e de controle observados na aplicação do orçamento direto.

Desse modo, esta analise vai ao encontro da necessidade também de avaliar a aplicação dos gastos tributários em saúde a fim de se alcançar o bem estar comum da multidão de brasileiros. Fica claro, assim, a partir do exame das normativas e da operacionalização destas na prática que o MS deve procurar avaliar a eficiência, a equidade e o custo-efetividade (cf. Piola e Vianna, 2005) de tal gasto indireto, de forma que o financiamento das políticas de saúde seja aperfeiçoado.

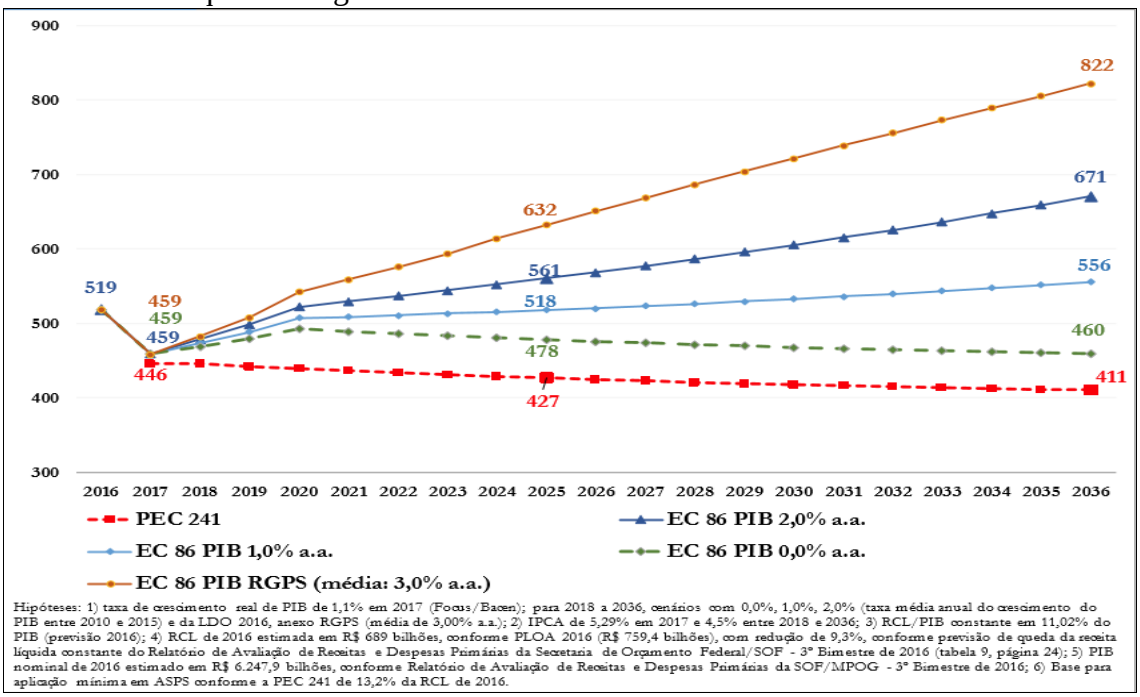
5.1.5 Considerações sobre os Gastos em saúde no Brasil e a Busca pelo Bem estar comum

Desde o início de sua implantação, no final da década de 1980, o SUS tem convivido com problemas de financiamento. Iniciativas foram tomadas para minorar, pelo menos em parte, o problema. A aprovação da CPMF, em 1996, e da Emenda Constitucional 29, em 2000, foram as mais importantes. A EC 29 talvez tenha sido a que trouxe melhores resultados, seja pelo aporte de recursos propiciado ao sistema (cerca de 1% do PIB entre 2000 e 2010), seja por ter incorporado os estados, DF e municípios, de forma mais consistente e solidária, no financiamento do SUS, uma vez que dois terços do aumento de recursos no período citado foram provenientes de recursos próprios dessas instâncias de governo. Mas, ao mesmo tempo em que isso ocorria, o Governo Federal, também manteve e até aumentou o gasto tributário decorrente de isenções fiscais, principalmente relacionadas ao Imposto de Renda, à saúde privada, em nítido descompasso com o comprometimento exclusivo que deveria ter com o sistema público e universal.

Por outro lado, o avanço na implantação do SUS, principalmente a implementação da diretriz de descentralização, provocou mudanças significativas na execução financeira do MS, com diminuição exponencial das aplicações diretas e aumento das transferências para estados, DF e municípios. Mudanças também se verificaram na execução financeira por programas/ações. O novo perfil refletiu as novas prioridades que a direção nacional tenta imprimir ao modelo de atenção do SUS, com destaque para as aplicações na área de atenção básica. Contudo, nem o aumento das transferências federais para as esferas subnacionais, nem a eleição de novas prioridades foram suficientes para reduzir, de forma significativa, as desigualdades existentes na alocação regional de recursos para as ações e serviços públicos de saúde.

Reforçando esta constatação, ao fazermos uma especulação frente as novas medidas legais propostas para o financiamento público da saúde, PEC 241[120] e EC 86[121], identificamos de pronto o agravamento inevitável da já periclitante situação do SUS.

Gráfico 11 - Projeções para o orçamento da saúde frente a Lei do Teto e a Emenda Constitucional que restringe ainda mais a entrada de recursos no SUS.



Destaque entre os grandes desafios que se impõem sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), o repasse de recursos passou por uma importante e potencialmente danosa mudança recentemente, com a Emenda Constitucional 86/2015 (último ato da presidenta Dilma a frente

[120] PEC que limita o aumento dos gastos públicos à variação da inflação. Lei dos Tetos.

[121] A referida emenda estabelece que o critério de cálculo para apuração da aplicação mínima corresponderá a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL) do próprio exercício, iniciando com 13,2% e aumentando este percentual anualmente até atingir 15% em 2020.

do governo na área da saúde). As novas regras mudaram os percentuais de repasse, com perdas que podem gerar a R$ 9 bilhões, além de deixar esses canais mais suscetíveis às crises econômicas como a que atravessamos agora – justamente quando a população mais precisa dos serviços públicos de saúde. Inclusive quando mais precisam do SUS os ex-beneficiários da saúde privada e os beneficiários que transitam entre os dois campos: o público e o privado. Logo incide negativamente no bem estar de todos.

Já a Lei dos Tetos do Gasto Público encaminhada pelo governo de Michel Temer tende a gerar uma redução significativa nos gastos com educação e saúde, os únicos da proposta que exigem uma mudança da Constituição. Haverá grande impacto sobre a parcela mais pobre da população e estímulo aos negócios privados nas duas áreas. Não podemos esquecer que dada à interdependência do público e do privado no campo da saúde – amarrada pela política dual que temos – qualquer alteração em qualquer campo afetará mutuamente ambos, i.e., a preservação do interesse comum à saúde de todos que compõem o campo só estará em equilíbrio caso haja uma inter-relação eficiente e dialógica entre eles.

Neste sentido, esta decisão de congelar os gastos públicos ameaça, porém, o conjunto de políticas que permitiu a ascensão social de milhões de brasileiros ao longo dos últimos anos e nos fará retroceder ao invés de enfrentar a já dada restrição orçamentária e avançar na busca do bem estar comum.

No estudo "O Novo Regime Fiscal e suas Implicações para a Política de Assistência Social no Brasil", o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) alerta para o possível desmantelamento de programas como Bolsa Família, Proteção Social Básica (PSB), Programa de Segurança Alimentar e Benefício de Prestação Continuada, previdência para cidadãos de baixa renda que não contribuíram na vida ativa.

De acordo com a pesquisa, esses programas consumiram 1,26% do PIB em 2015 e, com a aprovação da PEC do teto, o gasto encolheria para 0,7% do PIB em 20 anos. O estudo conclui, assim, que em 2036 a assistência social contaria com "menos da metade dos recursos necessários para manter a oferta de serviços nos padrões atuais". Em termos absolutos, a perda acumulada do setor será de 868 bilhões de reais.

Na Saúde, a perda acumulada será de 654 bilhões de reais, em um cenário de crescimento do PIB de 2% ao ano, segundo uma nota técnica divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O que contraria tudo que precisávamos fazer para melhorar o desenho da política de saúde no Brasil.

Todavia, por outro lado, conforme analisado anteriormente, o sistema de saúde brasileiro é financiado por fontes públicas e privadas. Atualmente, mais da metade do gasto

em saúde provém de recursos alocados pelas empresas e pelas famílias. Além disso, parte do consumo final de bens e serviços de saúde pelas famílias tem seu preço subsidiado pelo governo e parcela do gasto pode ser restituída por meio dos impostos de renda de pessoa física e jurídica e há ainda outras possibilidades de isenções tributárias e subsídios públicos. Assim, além de alocação de recursos privados, o consumo de bens e serviços pelo mercado conta com subsídios diretos e indiretos do setor público.

Desse modo, o investimento privado – feito pelos cidadãos – cresceu no Brasil como uma resposta a essa insuficiência do investimento público. O governo federal aplica em saúde, hoje, menos do que o planejado à época da criação do SUS. Em 1988, a Constituição previa que fossem usados, na Saúde, 30% do orçamento da Seguridade Social (formado pela soma de contribuições como o PIS, Programa de Integração Social, e o Pasep, Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público). Em 1992, durante o governo de Fernando Collor, essa determinação foi descumprida. Desde então, o percentual de 30% nunca foi aplicado.

Como já visto, em parte, o crescimento do investimento privado foi estimulado pelos governos, o que expõe o tratamento de política de governos que a política dual de saúde teve na nova República. Na mesma época em que criava o SUS – um sistema público –, o Brasil criou políticas que deram fôlego à formação de um mercado de saúde pujante. Mas não houve vontade por parte dos grupos privados de interesses que parecem controlar os políticos e os governos no país nem tão pouco houve clareza de direcionamento pelos que representavam os interesses públicos estatais de compreender que só iremos avançar se formos direcionados não pelos interesses de poucos, mas sim pelos interesses comuns de todos.

Nesta perspectiva, a composição do financiamento e do gasto total (público e privado) e seu volume dependem de expectativas quanto à atuação do governo, dos partidos políticos, da sociedade civil organizada e de outros segmentos sociais em defesa de posições mais ou menos favoráveis à estruturação de um sistema de saúde baseado majoritariamente em financiamento público[122] ou em defesa do crescimento da oferta de serviços mediada pelo segmento de planos e seguros de saúde. Dependem, também, da gestão e organização do sistema público de forma que a sociedade perceba que pode utilizar e contar com serviços públicos de qualidade, reduzindo o recurso aos serviços intermediados por planos e seguros

[122] O sistema de saúde do Brasil baseado em direitos incorpora conceitos dos modelos prevalentes na Europa Ocidental no final da década de 70 e ao longo dos anos 80. Esses modelos, além da prevalência do financiamento público destacado anteriormente adotam, também, modelos determinados de organização de sistema de saúde (CEBES, 2010, p.6).

de saúde. Assim, além da organização social e política brasileira, a estruturação de um sistema público universal depende das expectativas e possibilidades na repartição público-privada no financiamento do sistema e oferta de serviços de saúde, bem como da capacidade e interesse dos agentes do Estado para regular essa relação visando a priorização do sistema público.

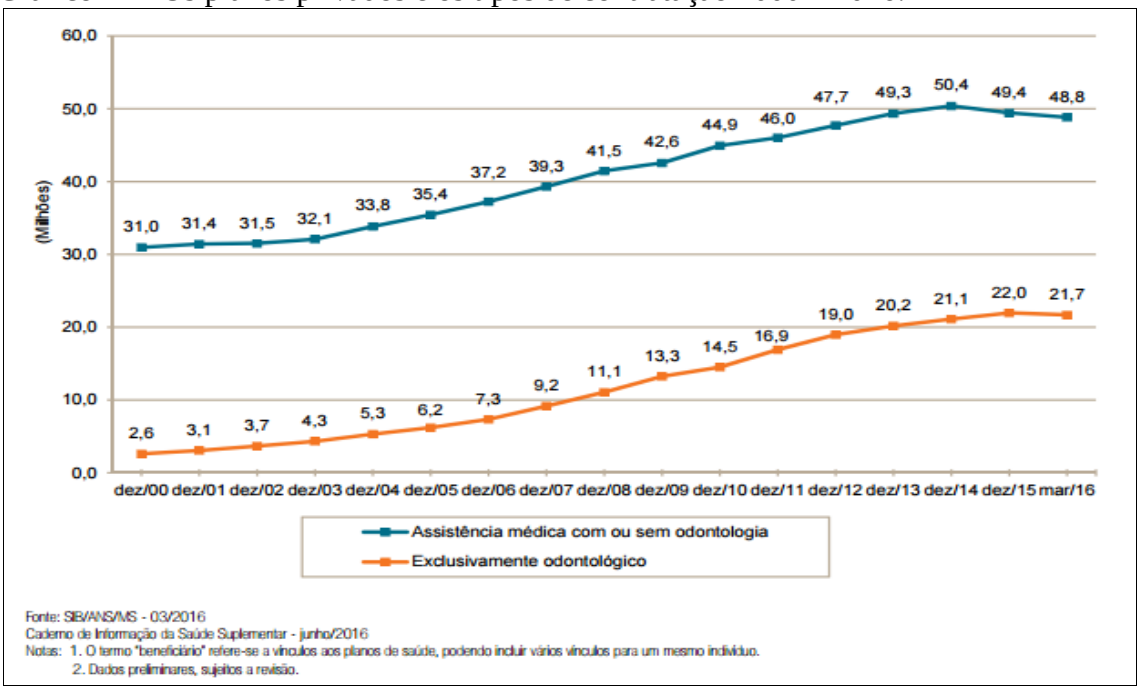
5.2 A regulação da Saúde Suplementar

No âmbito regulatório, como dito, o setor público conta com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para fiscalizar as operadoras setoriais (planos de saúde), inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores. À medida que se expande a dependência governamental em confluência com o setor privado, o setor público subjuga-se as coerções privadas que desvirtuam a busca pelo interesse comum, e consequentemente, minam-se os poderes do campo regulatório da saúde. Além de que novos sistemas burocráticos são introduzidos na seleção de novos beneficiários para a compra de planos de saúde, e seus respectivos custos para usufruir da assistência privada.

No campo da microeconomia da saúde, foi definida a seleção adversa e o risco moral no âmbito da saúde suplementar, por isso, é necessário relacioná-las com os mecanismos que os planos e seguros privados usam para atenuá-los: a) A seleção adversa diz respeito do risco de pacientes doentes ou que pensam que vão ficar doentes em que contratam os planos para obter assistência de serviços em saúde. Pela lógica do mercado, muitas vezes a entrada desses consumidores é mais voluntária do que compulsória, por isso, é possível existir desproporção entre a demanda e a oferta. Portanto, para se “defender” a iniciativa privada exige o cumprimento de carências e exames médicos prévios antes da admissão. b) O risco moral se refere aos beneficiários que utilizam “desnecessariamente” os serviços contratados. Por conseguinte, as medidas para atenuar esse “problema” são de exigir o pagamento de coparticipações e franquias. Conforme visto, a ANS atua com o propósito de defender os contratantes de planos de seguros privados, por isso, de acordo com a legislação vigente, a oferta de plano de seguro de saúde, deve ser feita sem restrição de idade ou condição prévia a contratação. Portanto, a proteção à saúde dos brasileiros requer uma preocupação constante por parte do setor público, devido ao fato (pela lógica liberal) de esta ser uma atividade econômica. Na prática os planos de saúde cobram valores diferenciados de acordo com a idade dos beneficiários.

Desse modo, o setor público tem que estar presente de modo efetivo na proteção à Saúde dos brasileiros, pois não é desprezível o número de pessoas que recorrem aos planos de saúde. Dos 205 milhões habitantes (IBGE, 2015) segundo a ANS, 72 milhões são beneficiários de planos de saúde, e essa parcela de beneficiários representa 35,12% da população brasileira. No que tange à contratação de planos e seguros privados de assistência médica, o gráfico abaixo mostra, que de 2000 a 2016, o aumento foi de 31 milhões para 48,8 milhões de beneficiários em Junho de 2016[123].

Gráfico 12 - Os planos privados e os tipos de contratação 2000 – 2016.



Fonte: SIB/ANS/MS – 06/2016.

De acordo com Santos, Santos e Borges (2013), existem especificidades nos sistema de saúde duplicados como o caso brasileiro no que tange à equidade, financiamento, produção, uso e acesso aos serviços de saúde. De acordo com as autoras (2013, pg. 95), "nos sistemas duplicados, o tempo de espera na fila para o consumo dos serviços por meio seguros privados, sobretudo, de cirurgias eletivas, é menor que nos sistemas nacionais". No entanto, segundo o raciocínio das pesquisadoras "não há evidências de que o tempo de espera dos sistemas públicos possa ser diminuído devido à existência do seguro privado". Isso significa que é estimulado o consumo de serviços de saúde com padrões elevados de tecnologias, por consequência disso, a aspiração por lucros torna-se natural (BRASIL, 2011).

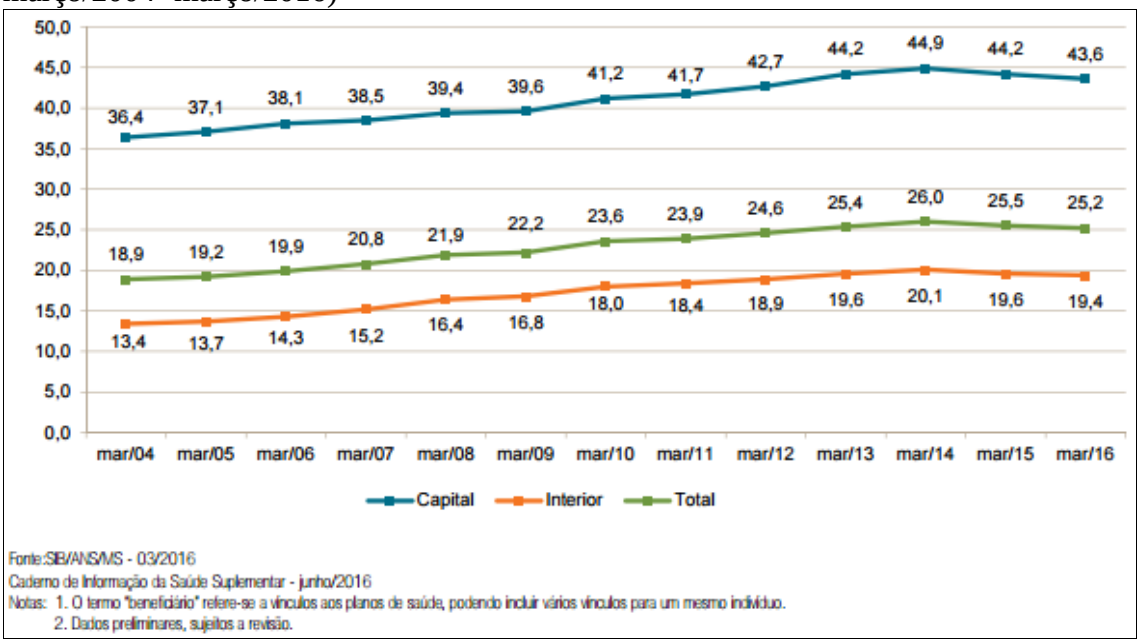
Outro problema dos sistemas duplicados, é que as pessoas que são beneficiárias de seguro privado, tendem a continuar a usar o sistema público para os tratamentos mais

[123] Próximo ao período do Impeachment da presidenta Dilma.

complexos e custosos, o que significa que a fila de espera no setor público torna-se ainda mais lenta, em virtude do excesso de demanda influenciada pelo setor privado. Ademais, infere-se que a existência de seguros privados acentua a desigualdade de acesso ao sistema público de saúde, tornando os serviços mais custosos ao SUS, como o caso brasileiro (SANTOS, SANTOS e BORGES, 2013).

No que se refere à relação entre a renda e a contratação de seguros privados, um estudo realizado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa de São Paulo (INSPER), em 2012, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 (PNAD) realizada pelo IBGE corrobora, com a concepção de Santos, Santos e Borges (2013, p. 95) de que "quanto maior a renda, maior a proporção de pessoas com seguros privado e a quantidade de consultas a especialistas". Além disso, as autoras ressaltam que "quanto menor a renda, menor a proporção de pessoas com seguro privado e maior a consulta com generalistas". Por isso, "a extensão da cobertura de serviços públicos no sistema público é um forte determinante da quantidade e do tipo de gasto privado, interferindo na relação entre o sistema público e o seguro privado". Além disso, o mapa de distribuições dos convênios privados mostra também que estes estão ligados "a regiões mais populosas e industrializadas, municípios de grande e médio porte e a emprego formal" (SANTOS, SANTOS e BORGES, 2013), como pode ser observado no gráfico a seguir:

Gráfico 13 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por localização (Brasil - março/2004- março/2016)



As políticas públicas em saúde são indispensáveis para atingir os diferentes segmentos da sociedade, e isso deve levar em consideração as mudanças demográficas do país. Os estudos de cobertura duplicada mostram uma maior concentração de idosos (60 anos

o mais) como beneficiários de seguros privados. Também mostram que o perfil de doenças que atingem esse grupo é diferente em comparação com o restante da população, com o predomínio de doenças crônico-degenerativas. Por conseguinte, pode-se inferir que as operadoras têm maior custo de assistência à saúde com esses segurados (SANTOS, SANTOS e BORGES, 2013).

Outro problema encontrado na prática é que "parece haver 'porta giratória' na ANS. Executivos de operadoras de planos de saúde assumem postos-chave na agência reguladora e, depois, voltam a atuar no mercado de saúde suplementar, o que levanta dúvidas sobre a isenção da entidade", comenta o pesquisador Mário Scheffer, professor da Faculdade de Medicina da USP. Ex-diretor de um hospital da Amil, Alfredo Cardoso foi diretor de Normas da ANS entre maio de 2004 e outubro de 2010. Oito meses depois de deixar o cargo, assumiu a superintendência da Amil Dental. Em quarentena após deixar a presidência da ANS, Mauricio Ceschin foi presidente da Medial e da Qualicorp, a maior corretora de planos de saúde do País. O presidente da ANS Figueiredo também mantinha ligações com o mercado da saúde. Apesar, da possiblidade de existência de conflitos de interesses não visualizamos nas RNs e INs da ANS nenhuma restrição legal que impeça a nomeação de diretores da ANS.

Outro fato que depõe contra a ANS está ligada a autorização constante das operadoras de planos de saúde individuais ou familiares a reajustar os preços acima da inflação acumulada no período, segundo o IPCA. A medida tem impacto para perto de 10 milhões de segurados (ANS, 2016). Os demais, quase 40 milhões de brasileiros, são usuários de planos coletivos ou empresariais, que podem reajustar seus preços sem ter um limite imposto pela agência reguladora. "O grande problema é que parcela significativa dos planos coletivos contempla menos de 30 vidas. E eles têm pouco poder de barganha para conter aumentos abusivos", afirma Joana Cruz, advogada do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

Para verificar os reajustes dos planos coletivos, desconhecidos por não serem regulados pela ANS, o Idec realizou uma pesquisa com base em 118 ações judiciais e constatou que os aumentos podem chegar a até 538,27%, com uma média de 82,21%. A Justiça considerou os aumentos abusivos em oito a cada dez casos. "Mas não são apenas os preços que ameaçam os segurados. Há mais de 400 procedimentos reconhecidos pela Associação Médica Brasileira que a ANS não exige que as operadoras ofereçam para os seus usuários", diz Cruz. Estas lacunas na regulação em última instância afeta negativamente o SUS e consequentemente aos interesses comuns de todos.

Segundo Santos, Santos e Borges (2013, p. 98) “a distribuição da população que possui seguro privado é diferente daquela da população brasileira. A pirâmide etária da população brasileira tem base maior, enquanto a que tem seguro é menor”. Consequentemente, o Estado enquanto articulador de políticas públicas tem que ver de que forma as políticas de saúde oneram o orçamento das famílias. Isso significa entender que a desigualdade de renda é um possível fator de inacessibilidade aos serviços do SUS, pois os mais pobres não possuem renda suficiente para arcar com todas as despesas que englobam o conceito de saúde, como por exemplo, a promoção e prevenção das doenças.

Entre as polêmicas atuais, destacam-se propostas para a criação de planos de saúde especiais para aposentados, uma vez que a maioria dos planos é coletivo e os beneficiários passam a arcar com a totalidade do valor quando se aposentam; planos de saúde de baixo custo para segmentos da população com menor renda e para empregadas domésticas.

Diante do exposto se faz importante destacar ainda, que apesar da expansão do número de beneficiários, a participação dos planos de saúde no financiamento dos atendimentos é pouco expressiva. Segundo dados da PNAD 2008, os planos de saúde foram responsáveis por apenas 27% dos atendimentos realizados. Essa participação é ainda mais reduzida quando se considera os procedimentos de alto custo, que são financiados principalmente pelo SUS. Segundo a PNAD 2008, o maior protagonismo do SUS se deu nos atendimentos por químio e radioterapia, hemodiálise e hemoterapia (financiando 73,3% dos mesmos), nas consultas médicas (62,7%) e nos exames complementares (59,2%). Portanto, o SUS financiou não somente os atendimentos de mais baixo custo, mas também e, principalmente, aqueles mais onerosos. Estudo realizado no Rio de Janeiro, em 2003, revelou que as proporções de transplantes de fígado e hemodiálises remuneradas diretamente pelo SUS variaram de 89% a 96%.

Revisto de tempos em tempos, o rol de procedimentos obrigatórios tem incorporado novos exames e tratamentos, como a quimioterapia domiciliar, exigência imposta aos planos em 2012. Mas procedimentos de alto custo, entre eles transplantes de coração, pulmão e fígado, continuam fora da lista, e são custeados exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde.

Para o Idec, trata-se de uma grave omissão da ANS, pois a Lei nº 9.656, de 1998, define claramente que os planos de saúde são obrigados a oferecer assistência médica para todas as “doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde”. As exclusões estão previstas em lei, como tratamentos experimentais e inseminação artificial. “E os transplantes nem sequer de longe se enquadram nessas categorias.”

Os planos de saúde também são malvistos pelos médicos, apesar de oferecerem remuneração melhor que a do SUS. Nove em cada dez profissionais afirmam sofrer interferência das operadoras em sua autonomia, segundo pesquisa divulgada pelo Datafolha em 2010. A ingerência costuma ocorrer com a recusa total ou parcial de medidas terapêuticas (segundo 78% dos 2.184 entrevistados em 26 estados e no Distrito Federal) e com a limitação do número de exames (75%). “Se um médico pede procedimentos desnecessários, ele pode ser denunciado nos conselhos regionais de medicina. Em vez de optar pela denúncia, o que exigiria apresentar provas da inépcia do profissional, as operadoras preferem a retaliação, normalmente com o descredenciamento do médico”, comenta Aloísio Tibiriçá, vice-presidente do Conselho Federal de Medicina. “E o valor pago pelas consultas médicas continua muito baixo.” De toda forma, o valor é quase três vezes superior ao pago pelo SUS.

Além disso, os planos privados de saúde não atuam de maneira sinérgica com o sistema público. Segundo Ocké-Reis (2012), o mercado privado oferece cobertura duplicada aos serviços oferecidos pelo SUS. É conhecido que usuários que necessitam de procedimentos complexos não cobertos pelos planos de saúde recorrem ao SUS. Apesar de beneficiários dos planos usufruírem dos serviços públicos, as operadoras, em grande parte, não realizam de maneira adequada o ressarcimento das despesas de seus beneficiários para o governo.

Ainda, apesar dos lucros crescentes e dos subsídios do governo, as reclamações de usuários de planos de saúde não param de aumentar. Pesquisa encomendada pela Associação Paulista de Medicina ao Datafolha, realizada em 2013, junto à população adulta do estado de São Paulo que havia utilizado serviços dos planos de saúde nos 24 meses anteriores à entrevista, revelou grande insatisfação por parte dos usuários. Problemas foram relatados por 79% dos entrevistados, com destaque para a demora na marcação dos atendimentos (52%), a saída de médicos (28%) e a demora na autorização de consultas (25%). Três em cada dez pessoas que tinham planos de saúde recorreram ao SUS ou ao atendimento particular para receber atendimento nos últimos dois anos. Pesquisa anterior do Datafolha junto a profissionais de medicina, revelou que 9 em cada 10 relataram insatisfação por problemas diversos, como as pressões exercidas pelos planos para a redução na solicitação de exames, além de interferências até mesmo em internações.

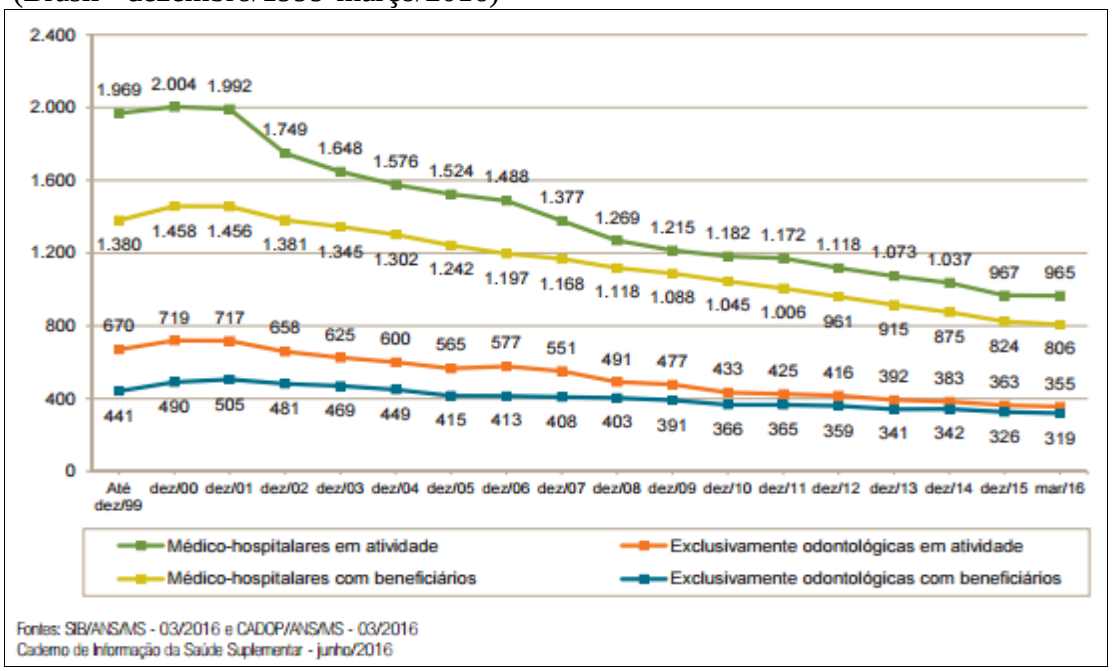
Outra prova da intencionalidade de colaboração com a expansão dos planos de saúde foi a proposta para abertura de uma linha de crédito do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), para financiar empresas de planos de saúde, estava sendo estudada, em outubro de 2013, pelo governo federal. Acredita-se que essas propostas estão na contramão das evidências que indicam a necessidade de maior financiamento para o SUS e de

se fortalecer este sistema público, e assim favorecer o interesse comum dos brasileiros. Ademais, a criação de novas modalidades de planos de saúde possivelmente não contribuiria para reduzir a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema.

Desse jeito, percebemos que ainda, a regulação dos planos de saúde tal com está desenhada não parece estar contribuindo efetivamente para a consecução dos objetivos gerais do SUS – universalidade, integralidade e equidade – nem muito menos objetivos sociais de bem estar comum, como a melhoria das condições de vida da população. Pelo contrário, segundo Santos (2001), os planos de saúde "corroem" esses objetivos.

Outro possível problema na concretização da regulação da saúde suplementar em busca do interesse comum, na prática, envolve a concentração do mercado de operadoras e prestadores de serviços privados. Verificarmos que 2015 permaneceu a tendência à redução do número de operadoras em atividade (Gráfico abaixo). Após alcançar 2.004 operadoras médico-hospitalares em atividade em 2000, fechou-se o ano de 2015 com o total equivalente a 974 operadoras, das quais 828 contavam com beneficiários. O mesmo comportamento se observa entre as operadoras de planos odontológicos.

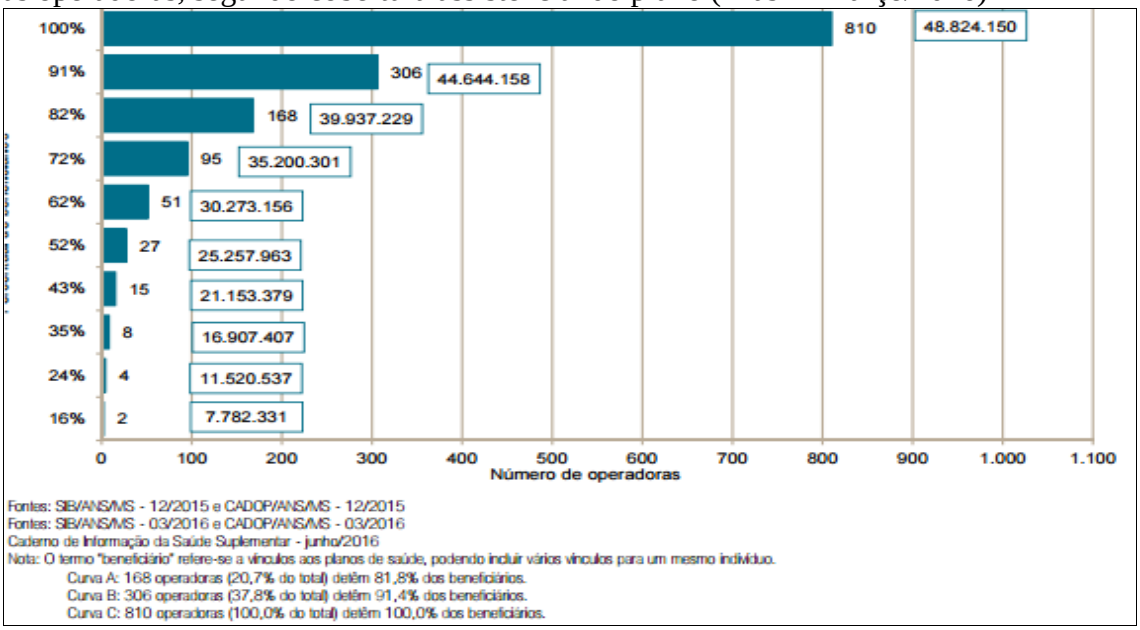
Gráfico 14 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade
(Brasil - dezembro/1999-março/2016)



Os Gráficos seguintes permitem observar que, ainda que o número de operadoras com beneficiários seja relativamente grande, uma expressiva parte dos beneficiários está concentrada em número limitado de operadoras. No caso dos beneficiários de planos de assistência médica, o Gráfico a seguir mostra que 82% dos beneficiários se concentram em

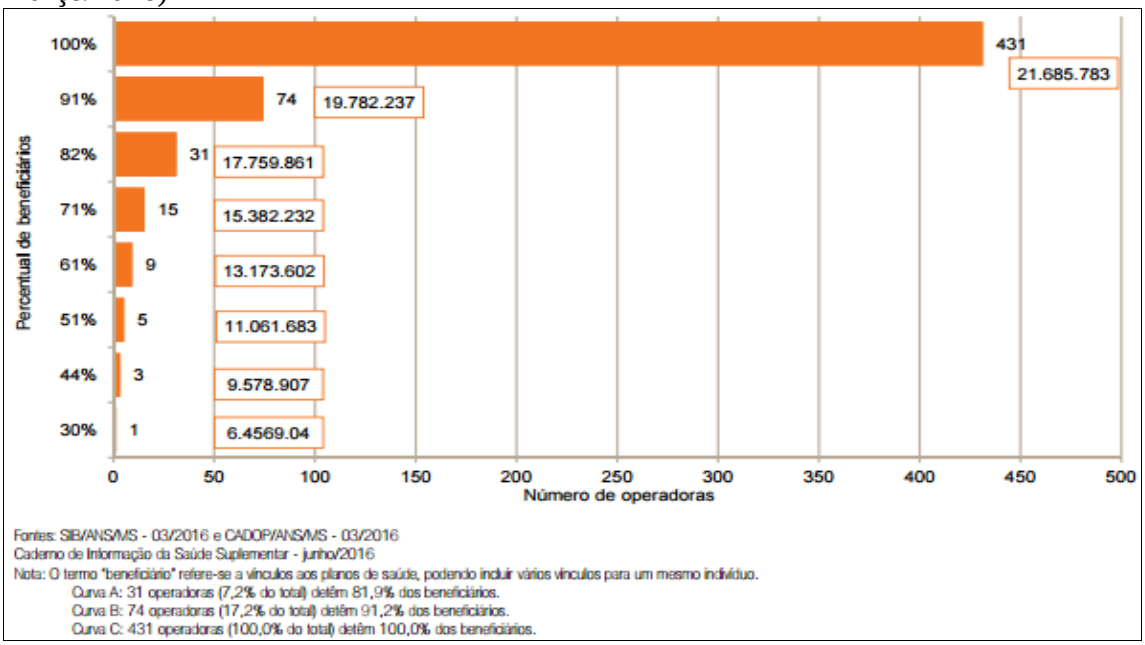
168 das 810 operadoras com beneficiários presentes no setor. Enquanto as duas maiores operadoras do segmento têm juntas quase oito milhões de beneficiários, as 504 menores têm juntas cerca de quatro milhões.

Gráfico 15 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2016)



Entre os beneficiários de planos odontológicos, apresentados no Gráfico 12, nota-se que 82% dos beneficiários são associados a 31 das 431 operadoras. Neste caso, a maior operadora tem aproximadamente o mesmo número de beneficiários das 416 menores operadoras do mercado, neste segmento.

Gráfico 16 - Distribuição dos beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2016)



Outra preocupação para o bem estar comum do campo da saúde diz respeito a uma série de transações envolvendo hospitais, laboratórios e farmácias alavancou a consolidação de grandes redes no Brasil. Em julho, o BTG Pactual, formou a quinta maior rede de farmácias do país ao adquirir o controle da última de uma série de três empresas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. Dois meses depois, o fundo americano de private equity Carlyle, adquiriu o controle da Qualicorp. Por fim, no início de setembro, a Rede D'Or de hospitais adquiriu o Hospital São Luiz, em São Paulo. A operação criou o maior grupo privado de hospitais do país. Esses foram os maiores negócios num universo crescente de operações de consolidação. Além da operação envolvendo a compra do Hospital São Luiz, outras cinco transações ocorreram entre janeiro e setembro deste ano, movimentando um total de 1,5 bilhão de reais. A consolidação também atinge outros grupos hospitalares e laboratórios, com aquisições realizadas pela Rede de Esho do Grupo Amil e as aquisições de laboratórios do Grupo Dasa. Ao todo, foram realizadas 31 operações envolvendo empresas ligadas ao setor de saúde num período de um ano e meio[124].

É inegável que os planos de saúde desafogam a rede pública ao garantir assistência médica para quase 48 milhões de brasileiros. Mas o economista Carlos Octávio Ocké-Reis, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, sustenta que, da forma como estão organizados hoje, "eles mais prejudicam do que contribuem com o Sistema Único de Saúde, a começar pelo fato de o Estado subsidiar o setor privado com renúncias fiscais e abrir mão de bilhões de reais que poderiam ser investidos na rede pública". Ocké-Reis (2012) defende uma nova regulamentação da saúde suplementar, na qual a assistência médica seria organizada a partir do modelo de concessão, a exemplo do setor elétrico. E propõe que o governo crie um seguro público para competir com os planos privados nos moldes do Plan Public Option, que o presidente Barack Obama tentou, sem sucesso, implantar nos EUA.

Crítico do mercado de saúde suplementar, Scheffer reconhece que o Brasil não pode prescindir dos planos, responsáveis pela assistência a um quarto da população. Mas insiste: é preciso regulamentar melhor o setor e repensar a forma de atuação da ANS. "Infelizmente, as operadoras têm muita influência sobre a agência reguladora. E o lobby das empresas é muito forte." Em parceria com Lígia Bahia, do Laboratório de Economia da Saúde da UFRJ, o especialista identificou doações de campanha feitas pelas operadoras de 2002 -2014 que somaram mais de 21,8 milhões de reais.

---

[124] http://epocanegocios.globo.com/Informacao/Acao/noticia/2015/04/carlyle-investe-r-175-bilhao-na-rede-dor-de-hospitais.html

Sendo assim, inúmeros são os desafios na busca da construção de políticas tributárias e de saúde que possam enfrentar essas questões e ir de encontro ao bem estar comum. O estudo dos gastos privados das famílias com saúde, incluindo os gastos com planos de saúde pode fornecer elementos para o melhor conhecimento do financiamento privado em saúde no Brasil, bem como proporcionar subsídios para a elaboração de propostas que visem contribuir para o alcance dos objetivos que sejam de interesse comum dos brasileiros.

Ao estudar os possíveis efeitos dos seguros privados sobre os sistemas nacionais de saúde, Santos (2008) concluiu também que a cobertura duplicada tal com esta operacionalizada contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços, assim como incentivar o desenvolvimento da atuação do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público, como consultas especializadas, cirurgias eletivas, e medicamentos. Por fim, a despeito das questões apontadas, os interesses do mercado privado na saúde ainda se sobressaem; mesmo embora, a legitimação da política dual de saúde na CF88 nos remeta à necessária defesa do interesse comum.

5.2.1 Algumas Considerações sobre a relação público-privada

Vinte e cinco anos após a promulgação da Constituição de 1988, que contém um capítulo dedicado à saúde vista como um direito de cidadania, o Brasil se encontra em uma encruzilhada. Qual será o destino para o sistema de saúde brasileiro? O da progressiva americanização do SUS ou o da reafirmação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira?

Nosso SUS é produto de um longo e complexo processo histórico de luta. O ideário que a move abraça os princípios da chamada Reforma Sanitária Brasileira e pode ser sintetizado em uma frase do saudoso Sérgio Arouca, em referência à importante obra de Norbert Elias: “Trata-se de um processo civilizatório” (ELIAS, 1993).

Esse movimento político e ideológico encontrou sua maturidade durante o processo constituinte e conseguiu inscrever na Constituição brasileira a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Fundamental lembrar que esse movimento político desde seu início colocava para a sociedade uma visão ampliada de saúde centrada na sua determinação política e social, ou seja, não se tratava (e continua sendo assim) apenas de construir um sistema de atenção à saúde. Este projeto nasceu em um contexto muito particular de luta contra a

ditadura militar e de redemocratização, em que a saúde apareceu como uma das frentes de luta, pela organização e pela construção de um projeto inovador.

Como ele é gestado em contexto de injustiça e desigualdades, traz em si uma forte relação com propostas de mudanças estruturais na sociedade relacionadas a: distribuição da riqueza, superação das iniquidades, reformas.

Todavia, reiterando a reversão de expectativas do SUS em relação à sua proposta original técnico-ético-política e procurando compreender esse aparente paradoxo, pensamos ser necessário refletir sobre alguns marcos dessa trajetória que, em alguma medida, impactaram sua conformação e comprometeram a possibilidade de avanços e conquistas maiores em direção ao interesse comum da multidão:

> a) uma questão central é que ao mesmo tempo em que comemorávamos a conquista do capítulo saúde da Constituição de 1988, os setores mais organizados do operariado colocavam como ponto central dos acordos coletivos negociados com seus patrões o acesso a uma assistência diferenciada oferecida pelo setor privado. Lenta e gradualmente, essa opção ganha espaço junto à classe média e ao funcionalismo público, ou seja, no nascedouro do SUS, estão plantadas as bases do modelo concorrente que a partir daí busca hegemonia;
>
> b) o subfinanciamento crônico que acompanhou o SUS desde o nascedouro a partir da retirada dos recursos da Previdência Social da base de financiamento setorial já no início dos anos 1990;
>
> c) um federalismo complexo, que exige grande esforço de construção de consenso e que demanda energia, tempo e dedicação, com importante lentificação do processo de tomada de decisão e implementação de políticas e programas.
>
> d) a fragilidade estrutural dos municípios na organização do cuidado, a imensa maioria sem nenhuma condição de assumir a condução da política de saúde.
>
> e) a postura da quase totalidade dos partidos políticos que incorporam o discurso do sistema universal, mas na prática, por ação ou omissão, fortalecem o mercado privado;
>
> f) a própria dinâmica do capital – também no setor saúde – introduz um vetor pró-mercado fortalecido por medidas tomadas em vários governos (mais ou menos progressistas) que criam estímulos e subsídios para o setor privado.

g) a falta de consenso em torno de uma proposta de reforma do estado que, sem abrir mão dos princípios pétreos do SUS, pudesse implementar nova governança setorial;

h) a consolidação gradual na sociedade de uma visão de que o SUS é um sistema de saúde que deve priorizar o atendimento aos mais pobres. Essa visão mescla-se com a persistência da visão da filantropia e da caridade no campo da saúde ainda (paradoxalmente?) bastante presente em iniciativas como de ONGs que voltam sua atenção para segmentos específicos da população: crianças, idosos etc;

i) a opção de iniciar o Programa de Saúde da Família (PSF) como um modelo simplificado de atenção em municípios pequenos e mais pobres comprometeu em certa medida a visão do PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Contudo, outro olhar pode nos ajudar a entender melhor essa dinâmica. Nos anos 1990, decidiu-se pela implantação do PSF fortemente baseado no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e com a concentração da sua cobertura nas regiões mais pobres e com baixa capacidade de atrair profissionais e serviços de saúde. Esta era, à época, a melhor opção dentro da racionalidade técnica e dos recursos disponíveis. Enquanto esse modelo gradativamente cobria os mais pobres (frise-se que com alta eficácia do ponto de vista de saúde pública), nas cidades médias e nas regiões metropolitanas, a ausência de um modelo desse tipo adequado à realidade urbana abre espaço para o crescimento de modelos centrados na oferta privada de especialistas e da atenção hospitalar. Isso consolida uma cultura que vê a saúde pela ótica médico–tecnologia de ponta e centrada no hospital, hegemônica hoje. Contudo, a visão de que a livre escolha de especialistas, máquinas e hospitais é o melhor padrão já havia fincado raízes profundas. Construiu-se alguma coisa fora da ordem na saúde brasileira;

j) as dificuldades de articulação eficiente e produtiva com os dispositivos de controle social;

k) os problemas relacionados à sustentabilidade econômico-financeira que têm início com a perda dos recursos da Previdência Social já no início dos anos 1990. No início de 2000, a Emenda Constitucional n. 29 define como critério para a participação federal no financiamento o gasto do exercício anterior corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB), o que leva a

uma gradual redução da participação da União no financiamento público. Por fim, a perda da CPMF, em 2007, retirou a possibilidade para que a totalidade dos recursos arrecadados por essa modalidade – hoje seriam cerca de 40 a 50 bilhões de reais por ano –, pudesse reforçar o gasto federal. Curiosamente, a proposta de emenda enviada por 2,2 milhões de brasileiros ao Congresso – que estabelece 10% das receitas brutas como financiamento da União – significa hoje colocar cerca de R$ 50 bilhões a mais no orçamento do Ministério da Saúde (MS), ou seja, uma CPMF ao ano;

l) a ausência de consenso em torno de uma proposta de reforma do Estado que permitisse ampliar a eficiência e a eficácia do sistema. A rigidez dos princípios da administração direta levou a uma desenfreada busca de modelos alternativos por parte dos gestores, o que criou grande fragmentação com a introdução de modelos do tipo Organização Social (OS), Fundação Estatal, Parceria Público-Privadas (PPP) etc., com impacto e resultados ainda pouco conhecidos;

m) crescimento entre especialistas e gestores da percepção de um sistema universal, pautado por valores como acessibilidade e equidade, centrado na organização de sistemas municipais não terá futuro. É urgente abrir o debate sobre a questão das regiões sanitárias com base em redes integradas, como unidade central do sistema;

n) a ilusória ideia de que o mercado consegue prover com qualidade e segurança e custos suportáveis as necessidades e as demandas das famílias brasileiras. Na verdade, o SUS hoje funciona como retaguarda para esse setor: para os procedimentos de alto custo, medicamentos de alto custo para doenças crônicas, atendimentos de urgência e emergência etc. O não ressarcimento desses gastos, somado aos crescentes subsídios e renúncias fiscais tiram do público para dar ao privado. E a insatisfação de pacientes e profissionais só faz crescer. Chegamos, portanto, a 2017, 29 anos de promulgação da Constituição cidadã, com a saúde sendo a política pública com pior avaliação. Pelo menos é esse o senso comum expresso na grande mídia. O povo nas ruas em junho de 2013 exigia saúde de qualidade e “atendimento padrão FIFA”. O que estavam sugerindo de fato? Podemos inferir que o modelo desenhado há 25 anos está esgotado? As utopias mortas? Há futuro para o projeto sanitarista?

O segundo ponto que merece destaque é que sistemas de saúde são estruturas dinâmicas e hipercomplexas e que não podemos mais pensar a saúde sem considerar as

profundas transformações estruturais pelas quais as sociedades estão passando em vários campos e dimensões, e que se expressam em seus sistemas de saúde.

Para fins didáticos, podemos aproximar essas transformações do fenômeno das transições no campo da saúde pública. A primeira delas é a transição demográfica. Nossa população ainda é predominantemente composta por uma população jovem, mas, com velocidade crescente, estamos passando por um contínuo e sustentado processo de envelhecimento: a taxa de fecundidade está caindo drasticamente, a expectativa de vida aumentando, a mortalidade infantil diminuindo e a população envelhecendo.

Essas mudanças provocarão um profundo impacto sobre o nosso sistema de saúde. Pelo fato de este estar organizado sobre uma estrutura de atendimento de urgência, emergência, pronto-socorro, ele não está preparado para atender à prevalência de doenças crônicas, de pacientes portadores de múltiplas patologias, com síndrome metabólica, de idosos que necessitam de cuidados diferenciados, não necessariamente de cuidados médicos, mas de apoiadores, acompanhantes, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e outros profissionais.

A segunda transição, e que também está acoplada à questão demográfica, é a mudança do padrão epidemiológico. Estamos acompanhando as mudanças na carga de doenças e no perfil de mortalidade e de morbidade com o avanço das doenças crônicas. Nosso país tem um agravante, porque, além da crescente prevalência das chamadas doenças da modernidade, ainda há uma carga importante das doenças infectocontagiosas, o que caracteriza dupla carga de doença.

Outro fator que agrava, e muito, essa situação é a questão da violência urbana, com os homicídios, os casos de agressão interpessoal, os altos índices de acidentes de trânsito e de trabalho, tornando ainda mais complexo esse perfil epidemiológico, que na realidade caracterizaria uma tríplice carga de doença em nosso país.

Assim, neste contexto, novos patamares na relação público-privado da saúde foram estabelecidos (2003-2015), com um crescimento mais expressivo ainda do segmento suplementar nos últimos anos legitimado pelos três poderes, em especial pelo executivo e o legislativo, como já mencionado.

De acordo com Oliveira (2013), ao limitar a reforma ao setor público e garantir liberdade à iniciativa privada, interferindo apenas no setor privado quando prestando serviços sob a responsabilidade estatal, a Constituição consagrou a dualidade do sistema de atenção à saúde no Brasil, composto por um segmento público e outro privado. E o que tudo indica os

Governos Lula e Dilma parecem ter aprofundando essa dualidade ora via subsídios, ora via manutenção da restrição financeira, ora via regulação da saúde também.

Dessa maneira, duas lógicas operaram na política de saúde no período desde 2003: uma publicista, no sentido de viabilizar o SUS – processo que, de certa forma, se tornou irreversível até certa medida (*path dependence*) – e outra privatista, no sentido de ampliar a cobertura por planos e seguros de saúde, constituindo ou consolidando dois segmentos diferenciados, que se traduzem em duas estruturas institucionais e em um sistema de saúde dual (MENICUCCI, 2010).

Portanto, essa situação da relação público-privada no campo da saúde é complexa, dinâmica e possui sustentação política e econômica das elites brasileiras que vêm sinalizando de todas as maneiras que o SUS só é interessante se for para pobre, tipo ObamaCare[125].

Neste sentido, ao longo desta tese evidenciamos que as relações entre os dois sistemas de saúde são mais amplas e mais profundas do que o movimento de ressarcimento do SUS, da regulação e das imbricações do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS). Como descrito no referencial teórico desta tese, o campo da saúde é composto pelo campo da saúde pública e pelo campo da saúde suplementar. Na intercessão dos dois campos, entre outras, encontra-se o complexo econômico e industrial da saúde (CEIS) que interfere e influencia na condução dos dois campos. Faz-se importante recordar aqui que o campo da saúde abarca conflitos, disputas e algum grau de cooperação na sua constituição e no seu *modus operandi*. Contudo, percebeu-se com este estudo que essa disputa no interior do campo se dá pela condução deste mais em direção aos interesses públicos estatais ou em direção aos interesses privados por grupos políticos que estão no interior do Estado (no executivo, no legislativo e no judiciário) e no mercado da saúde.

Considerando estes interesses que conduzem o norteamento do campo da saúde no Brasil é pertinente destacar que estes por sua vez são guiados pelo jogo de poder e influência dos grupos políticos que disputam a condução do campo no país. Esta disputa não é despropositada, há muito dinheiro e poder em jogo, haja vista que o Brasil possui o oitavo mercado da saúde e é o segundo país em tamanho do setor suplementar (Baird, 2017).

---

[125] O Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA ou Lei de Proteção e Cuidado ao Paciente) chamado comumente como Affordable Care Act (ACA) ou "Obamacare", é uma lei federal dos Estados Unidos sancionada pelo presidente Barack Obama em 23 de março de 2010 (UEC, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O INVERSO DO REVERSO DO COMUM NA RELAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NO CAMPO DA SAÚDE E O DESAFIO DA POLÍTICA DUAL DE SAÚDE BRASILEIRA PELA BUSCA DO BEM ESTAR COMUM.

"A cidadania é sempre um projeto em construção, o que dá a cada geração a confiança de poder reconstruí-la (...). Todas as cidadanias são incompletas, todas têm seus paradoxos e disjunções".

(James Holston)

O exame feito por esta tese discorreu sobre o curso normativo que orientou a política dual de saúde durante os governos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva e da presidenta Dilma Rousseff a partir de uma ótica binária onde as relações se traduziram entre o público e o privado; desconsiderando majoritariamente o interesse comum da multidão. Neste sentido, orientados pelo conceito de bem-estar comum, reforçamos que crítica que imperou na construção deste estudo se baseou na ideologia do projeto político de conformação do comum[126] - que se propõe cortar transversalmente a equivocada alternativa de sustentação da condução do campo da saúde a partir de uma ótica binária.

No entanto, no momento em que a crítica à binarização foi popularizada na academia e filtrada pela sociedade, a opressão não era mais caracterizada pela criação de opostos, mas sim pelo aumento da hibridização. Por ironia da filosofia contemporânea: o que consideramos uma ferramenta de resistência se transformou no martelo de nossa opressão. E mais: ao rejeitarmos a lógica dualista, já não estávamos mais desafiando o *status quo*… Nós estávamos colaborando com a sua manutenção. Consequentemente, a partir desta manutenção nos distanciamos cada vez mais do interesse comum de todos e do direcionamento que poderia representar a abóboda da solidariedade e justiça no fortalecimento da democracia brasileira em dias atuais.

O pós-modernismo considera que o entendimento muda através das culturas, raças e tradições. O chamado pensamento pós-moderno trouxe a rejeição do absoluto, consolidando-se como um movimento de compreensão mais relativa e fluida da realidade. Assim, a mente pós-moderna rejeitou a certeza da verdade fundamental e, como uma pedra caindo sobre a água, balançou o reflexo da realidade na literatura, filosofia e arte.

[126] Nem público nem privado, nem socialista nem capitalista, nem esquerda nem direita.

Ainda, o pensamento pós-moderno estimulou a rejeição do pensamento binário fortalecido por polarizações. O pensamento Ocidental dividiu o mundo em uma série de oposições binárias que privilegiam um lado em detrimento do outro. As implicações políticas são claras: a opressão pode ser rastreada através da maneira que pensamos e a esperança de liberdade resistiria em escapar do pensamento dualista-binário, a partir da visão do comum à multidão.

Entretanto, o projeto pós-moderno de superação da lógica binária foi mais difícil na prática do que aparentava em teoria. Nesta direção, diante dos fatos analisados por este estudo, não é difícil duvidar que continuamos a usar táticas pós-modernas. E agora, quando entramos em uma nova era da humanidade, onde a pós-modernidade escorrega na altermodernidade, descobrimos que os binários (público-privado) que rejeitamos não estavam apenas sendo obscurecidos, mas sim entrando em colapso.

Na procura por elementos ao longo do estudo que pudessem agregar perspectivas alternativas ao debate travado sobre a condução das relações público privadas na Política Nacional de Saúde percebemos que a desconstrução das categorias binárias por si só (a partir da legitimação da dualidade desta política constitucionalmente) poderia ter promovido efetivamente como entrave na produção de visões e articulações equivocadas entre público e privado[127], que não se excluem e que ambos estão inseridos no comum.

No bojo desta discussão, nesta tese, após a análise das influências e das normativas que direcionaram a concretização da política dual de saúde na prática nos governos petistas-coligações verificamos que apesar do reconhecimento de que a saúde é propriedade comum, ela se encontrou empiricamente mais subjugada aos interesses estatais e privados/particulares, e menos aos interesses da multidão no Brasil. O que em primeiro nível representou o reverso do interesse comum dada a influência neoliberal que promove as polarizações entre público e privado e a posteriori resultou no que chamamos aqui do inverso do reverso, onde as relações de articulação entre o público e privado se ampliaram de modo a manter a dualidade da política ditada pela busca de bem estar particulares. Significa dizer que a coordenação da política nacional de saúde no período de 2003-2016 não só promoveu a continuidade do assujeitamento do campo aos interesses privados como proporcionou condições para o aprofundamento das relações aparelhadas entre o governo e os interesses privados/particulares. Dois fatos apresentados por esta tese contribuíram para fomentar essa apropriação inversa do direito comum:1. A ilusão de que uma política de saúde universal foi

[127] Apontar que um termo nasce em oposição ao outro.

assegurada pela Constituição de 88. 2. A maneira como a política de Estado dual de saúde tem sido tratada como política de governo ao longo dos anos apesar do neoinstitucionalismo e da *path dependence*.

Neste contexto, ainda nesta avaliação, constatamos que a dependência de trajetória tendeu a atrelar os resultados institucionais ou de políticas obtidos nos estágios iniciais a uma sequência que retroalimentou e reforçou a interdependência da política dual, de forma que resultados obedeceram a um padrão de mudanças que se restringiram a ramificações (*branches*) dentro da mesma trajetória dual. Contudo, mesmo assim, principalmente via portarias ministeriais, marcas de governos foram sendo imprimidas na condução da política nacional em favor do próprio governo ou em favor do capital.

O fato que não podemos mais esperar para encarar que dada à dependência de trajetória Constitucional, e frente à conjuntura político-econômica-social do país, a política de saúde no Brasil é dual e precisa ser gerida como tal. Não em prol de interesses particulares e/ou classistas, mas em prol do interesse de todos. Devemos, assim, elaborar uma nova forma de organizar o campo da saúde no país, quer por meio de um modelo de asseguramento ou não, seja ele público e/ou privado, mas que esteja de fato comprometido, sobretudo com o Bem-Estar Comum da multidão.

Todavia há de se reconhecer que em termos globais, mesmo diante de tantos desafios rumo ao interesse comum, a política de saúde no Brasil tem em certo grau contribuído para melhoria da qualidade de vida das pessoas. Quem poderia imaginar, por exemplo, um aumento tão rápido da expectativa de vida ou uma redução tão drástica de endemias como se verificaram nos últimos 50 anos? No entanto, ainda enfrentamos problemas graves, entre eles, o da equidade. A condição socioeconômica da maior parte da população segue limitando o acesso à saúde. Há também os gargalos da eficiência, com muitos gastos desnecessários, e o déficit de investimento necessário e direcionado em prevenção e promoção de hábitos saudáveis. Na contramão, o que vem funcionando melhor no mundo são justamente os esforços de prevenção e promoção. O Brasil possivelmente poderia ter ganhado muito mais com isso se tivesse encarado o desenvolvimento integrado e equilibrado da sua política dual de saúde ao invés de insistir ideologicamente somente no fortalecimento do SUS como política única.

Por exemplo, o câncer é uma das principais causas de morte no nosso país justamente porque a maioria dos pacientes não detecta a doença precocemente, a mortalidade por esta doença poderia ser reduzida a partir de esforços conjuntos entre o campo público e o campo privado, o que em última instância além de salvar vidas, esse arranjo cooperativo poderia

resultar em uma melhor eficiência dos recursos, com redução objetiva dos gastos com essa onerosa despesa de saúde para ambos os campos (público e privado).

No Brasil, criou-se um sistema universal, integral e gratuito, mas que convive com um sistema voluntário (os planos de saúde) que alcança mais de 25% da população. Ora, todo mundo que tem acesso à saúde suplementar pode também recorrer ao SUS. Isso acaba levando à utilização seletiva dos serviços, só nos procedimentos de mais alto custo. Esses recursos deveriam ser investidos não nesses casos, mas na proteção dos mais pobres. É preciso considerar situações como esta. Muitos apoiam uma reforma Constitucional para que a saúde suplementar passe a ser complementar ao SUS, para aqueles que, embora já tenham um plano de saúde, podem e querem pagar por um seguro. Dessa forma, o SUS passaria a concentrar seus recursos na população mais vulnerável, sem capacidade de pagamentos, melhorando os resultados e fazendo o melhor uso possível do dinheiro. A verdade, se é que existe uma verdade absoluta nesta questão, o assunto deve ser enfrentado com urgência e soluções precisam ser elaboradas com o norte apontado para o interesse comum de todos.

Segundo o Banco Mundial, o Brasil gasta 46% em gastos do setor público, outros 36% em gastos diretos das famílias e apenas 18% correspondiam a planos de saúde pagos por empresas. O ideal seria fazer com que a totalidade desses recursos fosse coordenada de forma harmônica, sob a égide de uma regulação única de saúde, evitando duplicações e favorecendo o melhor uso dos recursos. E que esta regulação única fosse inteiramente voltada para o bem estar comum de todos os brasileiros.

Comparando a 29 países Latino-americanos, o Brasil está na 8ª posição dos gastos totais per capita, atrás de Cuba, Bahamas, Trinidad e Tobago, Uruguai, Chile, Panamá e Costa Rica. Mas cai para a 11ª colocação se considerados os gastos públicos, que foram de US$ 607 por habitante em 2014. Colômbia, Argentina e Panamá ficam à frente do Brasil nesse quesito. Independentemente das cifras, o importante é saber o que está sendo comprado com o dinheiro e quais resultados esse gasto está trazendo. O Brasil melhorou nos últimos anos em relação a alguns indicadores básicos de saúde, mas não avançou muito no que se refere à eficiência dos gastos públicos como mostra a diferença entre orçamento e despesas pagas apresentada no capítulo do contexto da prática.

Outra problemática enfrentada rumo ao interesse comum é a consolidação da DRU. Uma vez que esta depõe em favor dos interesses privados nacionais e principalmente internacionais; impondo ainda mais a restrições de recursos que poderiam estar sendo aplicados na política pública da saúde. Sem a DRU, certamente poderíamos vislumbrar mais facilmente o “copo meio cheio”.

Contudo, diante da real imagem do nosso “copo meio vazio”, concordando com o economista André Médici[128], do Banco Mundial, o Brasil precisa fazer uma escolha. Necessita operar uma reforma na interpretação da Constituição que permita uma condução - rumo ao bem estar comum - da relação entre saúde suplementar e o SUS e assim tirar melhor proveito da política dual que temos. Não existem receitas mágicas. As políticas públicas devem ser desenhadas sob medida, mesmo que se possa tomar como referência a política bem-sucedida de outro país, sempre será necessário um processo de adaptação.

Outro apontamento diz respeito às diversas consequências sociais que a maior crise econômica da história do Brasil tem provocado. Uma das mais graves é a perda, por milhões de novos desempregados, dos seus planos de saúde empresariais. Sem a carteirinha do convênio, resta-lhes recorrer ao Sistema Único de Saúde, que historicamente opera em regime de sobrecarga e deve sofrer ainda mais com o aumento da demanda. Infelizmente a situação representada nesta foto se torna cada vez mais frequente. Nesse cenário preocupante, impõe-se a necessidade de pensar o acesso da população à saúde suplementar e corrigir urgentemente os rumos da política dual de saúde no Brasil.

No que se refere à saúde suplementar, os problemas já vem se acumulando há algum tempo. Entre dezembro de 2014 e dezembro de 2016, o número de beneficiários de planos médicos de saúde suplementar caiu de 50,7 para 47,9 milhões, ou seja, uma redução de quase 3 milhões de assegurados que deixaram de contribuir em função do desemprego do chefe da família ou do cônjuge, no caso dos planos coletivos, ou por perda de renda familiar, no caso dos planos individuais. Entidades como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo de Empresas (ABRAMGE), em seus boletins de conjuntura, preveem em 2017, com a perspectiva de que haja algum crescimento econômico, que a situação possa melhorar, levando o número de beneficiários de volta ao patamar dos 48 milhões. Mas depois dos incidentes políticos de maio de 2017, não se sabe como se comportará a recuperação do emprego, da renda e, portanto, da capacidade das empresas e da população em financiar planos de seguro de saúde. O fato é que tal situação vem afetando a própria rentabilidade do setor de saúde suplementar e gerando impacto para o SUS. Ressaltando a interdependência dos dois campos da saúde.

---

[128] Há 35 anos ele estuda temas relacionados à economia e à gestão de saúde. É administrador pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), doutor em História Econômica pela Universidade de São Paulo (USP) e especialista em seguridade social pela Universidade de Harvard. Vive em Washington, nos Estados Unidos, desde 1996. Trabalhou para o Banco Internacional de Desenvolvimento (BID). Hoje, ocupa um cargo no Banco Mundial. Escreveu mais de dezenas de livros. Tem centenas de artigos publicados em vários idiomas. E toma parte frequentemente de iniciativas internacionais nos campos da acreditação, segurança de pacientes, planejamento estratégico e economia da saúde, entre outros.

Neste sentido, é fundamental que as medidas macroeconômicas adotadas pelo governo acelerem a retomada do crescimento e, com isso, aumentem a capacidade das empresas de contratar planos para seus empregados. Também consideramos importante que as operadoras se reestruturem para oferecer planos mais eficientes na cobertura e nas ações de promoção e prevenção. E nesse escopo, partindo ainda da ótica do 'copo meio vazio', nos parece crucial a reforma que transformaria a saúde suplementar em complementar no país.

Outra questão identificada por este estudo refere-se a carência do Brasil de qualidade em saúde. Pouquíssimos estabelecimentos de saúde são acreditados. Em março de 2016, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) divulgou a lista de hospitais brasileiros com acreditação máxima. Dos mais de 6mil hospitais existem no país, apenas 131 atingem esse critério pelo conjunto das entidades de acreditação. Considerando só os hospitais que prestam serviços ao SUS, a situação é ainda pior. Se o governo determinasse que todos eles tivessem de cumprir normas de qualidade, em conformidade com os critérios das acreditadoras, mais de 90% fechariam as portas.

Nesse bojo, a estratégia de pagamento por performance teria o objetivo de melhorar os resultados e a qualidade de processos que envolvem a relação entre financiamento e prestação de serviço. Com ele, cria-se uma cadeia em que a remuneração de todo mundo é baseada nos resultados alcançados. O SUS teria muito a ganhar se todos os contratos de estabelecimentos públicos ou privados com as secretarias de saúde fossem baseados em desempenho. O sistema ficaria mais eficiente. Seus usuários, mais satisfeitos. E o governo passaria de vilão a herói, supervisionando e avaliando desempenho segundo metas estabelecidas. Fazendo um papel mais coordenador da política de saúde. Muitos países estão avançando nessa direção, entendo que pagamentos por performance é um dos meios para corrigir os custos elevados da saúde. O problema é enfrentar o corporativismo das categorias profissionais e dos gestores de hospitais, que preferem gozar da estabilidade de seus respectivos empregos e contratos sem avaliação de resultados, mais uma vez a pedra no caminho da política de saúde a favor do bem-estar comum é composta de interesses particulares. Conduta que claramente afeta a custo-eficiência dos gastos e que última instância compromete o bem estar comum do campo da saúde.

Em relação ao fornecimento de fármacos pelo SUS no Brasil, é preciso criar uma base mais ampla e sólida para o registro de procedimentos, remédios, equipamentos e terapia que possam melhorar a situação dos pacientes. A ANVISA tinha, até a década passada, a responsabilidade de aprovar novos medicamentos ou procedimentos, mas reclamações sobre a morosidade dos processos eram frequentes. Em 2006, a tarefa passou a ser feita pela Citec (Comissão de Incorporação de Tecnologia), inicialmente ligada à Secretaria de Atenção à

Saúde. Um pouco mais tarde, em 2008, esse órgão foi transferido para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Até que, em 2011, foi criada a Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia) para substituí-lo. Mesmo com esses avanços, o país ainda não tem massa crítica para desenvolver testes e análises de custos associado à efetividade clínica em saúde. Nos próximos anos, o Brasil precisará avançar no amadurecimento do Complexo Industrial e Econômico da Saúde ser quiser corrigir os rumos da política dual em face do interesse comum da multidão. Outro ponto de discussão na condução da dualidade da política de saúde é a necessária revisão da política de subsídios (por exemplo, o reembolso dado aos servidores federais para manutenção de planos privados) e renuncias fiscais concedidas pelo governo com vistas ao fortalecimento do mercado privado da saúde.

Sendo assim, mesmo tendo sofrido intensas transformações para conseguir institucionalizar suas formas de regulação social, a postura do Estado frente às demandas sociais ainda se apresenta carregada de ambiguidades, desafiando as possibilidades de participação efetiva da sociedade na definição e implementação das políticas que lhe dizem respeito. É importante ressaltar, também, que a atuação do Estado nas políticas sociais tem sido conduzida, ha algum tempo, em estreita parceria com o capital privado. Tomando-se como referência a política de saúde, verificou-se durante esta pesquisa que o segmento econômico tem sistematicamente absorvido uma infinidade de benefícios e subsídios públicos, com a justificativa de se estruturar para atuar como agente fornecedor de serviços à população.

Desse modo, o dilema não reside apenas nas possibilidades de parceria público-privado, que poderia ser voltada para o interesse comum, mas decorre, antes de tudo, da total ausência de critérios e de direção para o exercício das ações sociais pelos agentes privados. Na indefinição de parâmetros mais abrangentes para regular este relacionamento, a prática manifesta do Estado parece considerar público o interesse privado, tutelando o capital como se este estivesse essencialmente imbuído de promover o desenvolvimento social.

Dessa forma, o Estado Social acaba se constituindo em um ente privado, definindo objetivos, políticas e estratégias de acordo com a pressão dos diversos grupos de interesse. Passa conseqüentemente, a alimentar o desenvolvimento econômico com políticas sociais, instrumentalizando e dando insumos ao capital em nome da falida ideia de construir um Estado de Bem-Estar Social tropical desprezando a possibilidade de construção de uma política de saúde que almeje o Bem-Estar Comum de todos os brasileiros.

A despeito de sua natureza social, um olhar mais atento sobre as políticas de saúde formuladas mostrou que estas foram construídas em forte sintonia com a relação público-privado. Os maciços investimentos realizados para estruturar as ações de saúde, no âmbito previdenciário, foram garantidos pelo aporte de recursos oriundos da contribuição compulsória de empregados e empregadores, recursos estes direcionados para o desenvolvimento do setor privado, subsidiado pelo Estado, para ser contratado, desde sempre, como prestador hegemônico dos serviços públicos de saúde. Situação de dependência de leitos que perdura até dias atuais.

Todavia, o fato é que todos os sistemas globais de saúde estão hoje em um ponto de inflexão e, portanto, enfrentarão transformações importantes até o final da década. O gasto com saúde tem crescido sistematicamente acima do PIB—chegando a representar mais de 15% do PIB em alguns países no ano de 2015. Nos países emergentes o gasto como percentual do PIB também se encontra em patamares elevados, embora o gasto per capita seja baixo e somente um crescimento expressivo do PIB permitiria expansões significativas.

Conquanto, dados os níveis críticos da dívida pública, as economias desenvolvidas não serão mais capazes de financiar as despesas públicas de saúde no âmbito das estruturas de hoje. Nos mercados emergentes, acredita-se que as lacunas significativas na infraestrutura e os baixos níveis de gastos na saúde, impactarão nos fornecedores que estarão sob pressão significativa para oferecer soluções de menor custo. Essa pressão universal agirá como catalisador e acelerará processos de mudança em todo o mundo. O cenário no Brasil não será muito diferente: os investimentos na saúde serão impulsionados pelo foco em aumentar o acesso para a população, por uma maior preocupação com a saúde por parte das classes médias e altas e por uma crescente demanda por mais qualidade nos serviços. Essas tendências serão acompanhadas por uma forte pressão de custos entre pacientes, pagadores e prestadores de serviços. Mas, acima de tudo, a política de saúde precisará ter como foco no interesse comum para alcançar a devida eficiência.

Neste contexto, a procura de eficiências operacionais deverá ser uma das tendências mais fortes para os hospitais públicos e para os prestadores privados nos próximos anos. No caso da saúde suplementar, a pressão de custos proveniente dos pagadores abre caminho para vários esforços de manutenção de rentabilidade e sobrevivência, tal como o fechamento de algumas unidades, a busca de eficiências operacionais que permitam expandir receitas sem aumento do número de leitos ou até a formação de centros de excelência focados em determinadas especialidades para ganhar escala e reduzir custos. Na administração pública será cada vez mais imprescindível a avaliação de custo-efetividade das tomadas de decisão.

Os exemplos que vem ocorrendo em estados como o Rio de Janeiro, onde até mesmo os salários de funcionários da secretaria de saúde deixaram de ser pagos e os contratos com organizações sociais são rompidos, podem se generalizar em outros estados (principalmente pela queda da arrecadação), levando os sistemas estaduais e municipais de saúde a uma situação próxima ao caos. Isso poderá afetar, não apenas a rede pública, mas também a rede privada que presta serviços para o SUS, a qual tratará de buscar formas alternativas para financiar seus custos fixos. Problema, que segundo a tese defendida no curso deste estudo, ameaçará ainda mais o direcionamento da política rumo ao interesse comum de todos os brasileiros.

Faz se importante ressaltar que os problemas que se observam no campo da saúde durante a crise apenas exacerbam tendências que já se colocam há algum tempo, como visto nesta tese, em função de defeitos estruturais da forma como se organiza, tanto o setor público como a saúde suplementar no Brasil, e principalmente como estes campos vem se relacionando frente aos interesses comuns dos brasileiros.

No que se refere especificamente o setor público, existem também os problemas associados à falta crônica de planejamento e gestão, ao crescimento do setor baseado mais no clientelismo político do que nas necessidades da população, à inequidade na forma pela qual os investimentos e os recursos de custeio do setor são distribuídos, e à ineficiência de um setor que não se organiza para alcançar resultados, recompensar os sucessos e penalizar os fracassos. O setor público de saúde no Brasil, pela forma como se organiza, nunca terá o financiamento que necessita, porque qualquer recurso adicional que se coloque acaba vazando pelos ralos de ineficiência do sistema.

Por outro lado, no que tange a saúde suplementar, falta uma regulação que oriente o setor a incorporar mais promoção, prevenção, atenção básica e integração com o setor público. Os planos e seguros de saúde devem ser complementares (não suplementares) no financiamento do sistema, sendo pagos pelas empresas e famílias com capacidade de financiamento de modo a liberar os recursos públicos para subsidiar a população que não tem capacidade de pagamento ou os gastos catastróficos incapazes de serem sustentados com o orçamento das famílias.

Desse modo, a presente tese sugere que o setor saúde no Brasil deve passar por reformas que estabeleçam uma cultura de asseguramento, do ponto de vista do financiamento, e de resultados na gestão setorial. O financiamento da saúde não deve ser fragmentado entre o SUS, a saúde suplementar e os gastos diretos das famílias, mas sim fazer parte de um sistema unificado de gestão de riscos de saúde que integre de forma harmônica e equitativa as

distintas fontes de financiamento. A integração das fontes garantiria a sustentabilidade do financiamento e a coordenação dos recursos disponíveis para a saúde, evitando duplicações, desperdícios e carências e evidenciando que a saúde não é apenas um direito, mas também um dever e responsabilidade de todos, cabendo ao Estado zelar prioritariamente por aqueles que não têm capacidade de se organizar e financiar os recursos necessários ao cumprimento de suas necessidades de saúde.

Os recursos do SUS atualmente financiam uma camada da população que poderia prescindir do suporte público, e ao mesmo tempo deixam sem acesso uma parte expressiva da população mais pobre do país, que ainda vive em regiões com falta de infraestrutura de saúde. Em outras palavras o sistema de saúde no Brasil atende de maneira desproporcional às necessidades daqueles que podem financiar parcial ou totalmente suas necessidades de saúde, através de canais privilegiados do SUS ou de processos de judicialização, e nega o direito dos mais pobres em ter uma cobertura básica que lhes permita garantir assistência em condições de dignidade. Por outro lado, o Brasil retira recursos que poderiam fomentar os serviços e ações públicos de saúde para manter a DRU e a política incoerente de reembolso e renúncias.

Do ponto de vista da escala de gestão, os municípios (especialmente aqueles com menos de 100 mil habitantes) não cumprem com os requisitos para garantir uma mínima eficiência na entrega de serviços. Dever-se-iam organizar redes regionais de saúde, geridas de forma empresarial, que atendam a requisitos mínimos para manter um fluxo regular de utilização plena ou quase plena das unidades de saúde e que minimizem o risco atuarial de aumentar desproporcionalmente os custos do sistema sem a correspondente atenção médico-assistencial. As redes regionais de saúde deveriam harmonizar o financiamento do SUS e dos planos de saúde privados, integrando os serviços através da demanda, onde aqueles com capacidade de financiamento manteriam seus planos enquanto que aqueles sem capacidade de financiamento receberiam subsídios integrais ou parciais para ter acesso aos mesmos serviços, através de estratégias subsidiadas que lhes garantam os mesmos direitos nas mesmas unidades assistenciais. Para tal, a diferença entre ser atendido em uma unidade pública ou privada deixaria de existir. As duas teriam perfil e investimentos similares e seriam financiadas pelos mesmos mecanismos de pagamento e submetidas a mecanismos de regulação, gestão, controle e supervisão similares.

Em alguns estados e municípios, o setor de saúde suplementar tem presença muito forte dentro do mercado de saúde, apesar disso, o SUS não considera essas informações da operação dos planos privados para seu processo de planejamento das ações de saúde pública. Seu interesse pelas informações dos planos privados é centrado no ressarcimento financeiro

dos serviços prestados pelo sistema público aos clientes dos convênios. Caberia ao Estado e a gestão das redes regionais, a avaliação, o monitoramento e a geração de incentivos que permitam que o sistema seja orientado para os resultados e remunerado de acordo com o seu alcance. Todas as unidades de saúde estariam submetidas a processos permanentes de garantia de qualidade e acreditação obrigatória, tendo acesso a linhas de crédito para modernizar e adaptar suas instalações, equipamentos, projetos gerenciais e equipes de saúde. Para que este processo funcione, seria necessário o uso crescente de tecnologias de informação e comunicação e a implantação efetiva de um cartão nacional de saúde acoplado a uma base de dados que permita uma gestão adequada dos benefícios, independentemente do nível de subsídios que os indivíduos recebam, assim como a transição de uma situação de subsídio para outra, quando houver necessidade. Por fim, ao contrario do SUS que hoje se caracteriza por recursos humanos mal pagos e desmotivados, o novo sistema deveria se basear em remuneração e progressão funcional acoplada aos resultados, garantindo oportunidades profissionais, planos de carreira, aprendizagem e aperfeiçoamento. Muitas vezes as crises podem impedir que os investimentos em transformações desta natureza se realizem no curto prazo. Mas é importante ter a consciência que os momentos de recuperação econômica não devem ser momentos de acomodação ou repetição dos erros passados.

Por fim, durante o exame das portarias (MS) e resoluções normativas (ANS) percebeu-se que houve nos governos petistas um aprofundamento do hiato na dualidade do campo brasileiro de saúde, que prejudicou ainda mais a concretização do SUS constitucional e o bem-estar comum. As duas faces do campo durante o período estudado, necessitavam interagir e dialogar. Precisavam, sobretudo, se reconhecerem para que o planejamento da saúde via PPA pudesse se remeter aos caminhos que de fato a saúde precisasse tomar a fim de que se fosse resguardado a qualidade e o verdadeiro interesse da multidão.

Nesse sentido, Bahia (2017) esclarece que, diferente do que podemos pensar o setor privado não está contra o SUS. Ou melhor: não está contra qualquer SUS. "Existe um consenso sobre o SUS, seja lá que conotação ele tenha: SUS para pobre, o SUS como eu o considero, o SUS como outros o consideram". Mas o fato é que não podemos prescindir do SUS nem da Saúde Suplementar no Brasil, ambos são totalmente interdependentes dada a legitimação da dualidade da política de saúde impressa na constituição.

Em vista disto, é urgente e necessário que o SUS entenda como se dá o funcionamento da Saúde Suplementar e também que esta possa aprender com a engenharia institucional do SUS que faz mais com menos e atua com primazia na atenção básica evitando custos e gastos hospitalares, bem como gerando melhores resultados na modificação dos indicadores

prioritários. Em suma, sempre existiram espaços de colaborações, mas preferimos ao longo da existência do SUS o caminho do embate com a saúde privada, achando que se conseguíssemos “derrotar” o privado o SUS estaria livre para viver plenamente sua ideologia universal. O tempo nos provou justamente o contrário.

Ou reconhecemos a dualidade do sistema e aprendemos a lidar com ela da forma mais eficiente possível ou teremos que lidar com problemas mais grave do que já vivemos até então no SUS. Uma das estratégias possíveis, a nosso ver passa pelo tipo de regulação da saúde suplementar que teremos e o reconhecimento deste campo da saúde (suplementar) tão nebuloso para os gestores e pesquisadores do SUS. Assim, diante de tudo que foi exposto, concluímos que urge articularmos a reconstrução do SUS rumo à eficiência e, sobretudo direcionado pelo bem-estar comum do campo da saúde e da multidão de brasileiros em função da sua própria sobrevivência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. Dicionário de filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABRANCHES, S. H. H. Crise e déficit de liderança mistura explosiva no presidencialismo de coalizão. Ecopolitica. Disponível em http://www.ecopolitica.com.br/2016/04/15/crise-e-deficit-de-lideranca-mistura-explosiva-no-presidencialismo-de-coalizao/#more-476Acesso 15.04.2016.

ABRANCHES, S. H. H. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. Dados - Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 5-34, 1988.

ABREU, M. P.; WERNECK, R. L. F. Estabilização, abertura e privatização, 1990- 1994. In: ABREU, M. P (Org.). Ordem do Progresso, Dois Séculos de Política Econômica no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 313-330, 2014.

ACIOLI, G.G. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec, 2006.

ADORNO, T. W. Dialética negativa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.1994.

ALMEIDA, A.C. A Cabeça do Brasileiro, 1 edição, Rio de Janeiro, Ed. Record, 2007.

AMES, B. The deadlock of democracy in Brazil. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2003.

AMORIM NETO, O. O Poder Executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: Avelar L, Cintra AO, organizadores. Sistema político brasileiro: uma introdução. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung/São Paulo: Fundação Unesp; 2004. p. 123-34.

ANDREAZZI, M.F.S. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: MONTONE, J.; WERNECK, A. (orgs.). Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. p. 121- 146.

ANS, BRASIL. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Dez, 2017.

ANS, BRASIL. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Maio, 2016.

ANS, BRASIL. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Janeiro, 2015.

ARRETCHE, M. A. Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N. L.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org). Saúde e Democracia: História e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ARROW, K.J. Increasing returns: historiographic issues and path dependence, The European Journal of the History of Economic Thought, 7, (2), 171-180, 2000.

ARROW, K.J. Path dependence and competitive equilibrium. In: Guinnane TW, Sundstrom WA, Whatley WC (eds) History Matters: Essays on Economic Growth, Technology, Demographic Change, Stanford University Press, Stanford, 2004.

ARTHUR, W.B. Competing technologies and lock-in by historical small events. Econ J, 99 (1): 116-131, 1990.

ATTIE, W. Controle interno. In: Auditoria: conceitos e aplica- ções. 2. ed. São Paulo: Atlas. 1984. cap. 7. p. 60-68.

AUGUSTO, M.H.O.; COSTA, O.V. Entre o público e o privado: a saúde hoje no Brasil. Tempo Social; Revista de Sociologia da USP. São Paulo, 11 (2): 199-217, out. 2000.

AVRITZER, Leonardo. Impasses da democracia no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 154 pp, 2016.

BAHIA L. Financeirização da assistência médico hospitalar no governo Lula. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LL, organizadores. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. 22a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 91-116.

BAHIA, L. A Saúde em Banho-Maria in Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro : Garamond, 2010.

BAHIA, L. Mudanças e padrões das relações público-privadas: seguros e planos de saúde no Brasil. Orientadora: Maria Lucia T. Werneck Vianna. Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, L. Reestratificação das clientelas para os serviços de saúde na década de 80: um estudo exploratório do caso AMIL.— Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991. Dissertação de Mestrado.

BAHIA, L. Saúde: a voz das ruas e a voz do mercado. Revista Poli. Ano V – nº29 – jul/ago. 2013. P. 2-9.

BAHIA, Ligia. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1998-2008. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Julio César F. (Org.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 123-185.

BAHIA, Ligia. A Produção Legislativa sobre Saúde no Período 2003-2010. Síntese: Revista do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro , v. 6, p. 18, 2011.

BAHIA, Ligia. O SUS de pé, mas combalido. p.119 – 134. In *Souza, Pedro org. Brasil, Sociedade* em *Movimento*. Centro Internacional Celso Furtado. Editora Paz e Terra. 2015.

BAHIA, Ligia. 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. In: Lima, Nísia *et al*. (orgs.) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 407-449.

BAHIA, L. ; SCHEFFER, M. . Sistemas privados de atenção à saúde. In: Juan Stuardo Yazlle Rocha. (Org.). Manual de Saúde Coletiva. 1ed.São Paulo-Rio de Janeiro-BH: Atheneu,2012, v. , p. 101-112.

BAIRD, M. F. Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. 2017.

BALL, S.J. Big policies/small world: an introduction to international perspectives in education policy. Comparative Education, Penn State,v. 34, n. 2, p. 119-130. 1998.

BALL, S.J. Diretrizes políticas globais e relações políticas locais em educação. Currículo sem fronteiras, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. xxviixliii,2001.

BALL, S.J. Educational reform: a critical and post-structural approach. Buckingham: Open University Press, 1994.

BALL, S.J. What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. Discourse, London, v. 13, n. 2, p. 10-17, 1992.

BALL, S.J.; BOWE, R. Subject departments and the "implementation" of National Curriculum policy: an overview of the issues. Journal of Curriculum Studies, London, v. 24, n. 2, p. 97-115, 1992.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). Caminhos para análise das políticas de saúde. 2011. p. 138-172.

BAPTISTA, Tatiana W. F. Políticas de saúde no pós-constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria *et al* . As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, n. 12, p. 2267-2279, Dec. 2012 .

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 615-626, Mar. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300020&lng=en&nrm=iso>. access on 02 June 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300020.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 829-839, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300018&lng=en&nrm=iso>. access on 02 June 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300018.

BAPTISTA, TWF & REZENDE, M. A análise da política proposta por ball in Caminhos para análise das políticas de saúde / Ruben Araujo de Mattos, Tatiana Wargas de Faria Baptista, organizadores. – 1.ed. – – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p. : il. – (Série INTERLOCUÇÕES. Práticas, experiências e pesquisas em saúde)

BASTOS, A. O. *et al*. Effect of feeding increasing levels of pearl millet (*Pennisetum glaucum* (L.) R. Brown) grain for growing and finishing pigs. Rev. Bras. Zootec., 35 (1): 98-103. 2006.

BEZERRA, Marcos Otavio. Em nome das "Bases": política, favor e dependência pessoal. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia da Política, 1999.

BARROSO, Luís Roberto. Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 1. Ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2009.

BOBBIO, Norberto. Norberto Bobbio: o filósofo e a política: antologia/organização e apresentação de José Fernández Santillán; prefácio Norberto Bobbio; tradução César Benjamin e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 2003. 532 p.

BOBBIO, N. Estado, Governo e Sociedade: Para uma Teoria Geral da Política - Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Editora Paz e Terra 1ª Edição – 1987.

BOBBIO, N. O Futuro Da Democracia: As Regras Do Jogo. Tradução De Marco Aurélio Nogueira. Rio De Janeiro: Paz E Terra, 2001.

BOBBIO, N. Teoria Geral da Politica. Editora Campos.2010. 717p.

BORGES, M.A. *et al*. Participação das atividades de saúde na economia brasileira. Revista Panamericana de Saúde Pública, v. 31, n. 2, p. 153-160, 2012.

BOUDON, R. Paradigmas Sociais (I). Ciência e filosofia, São Paulo, n. 1, p. 31-56, dec. 1979. ISSN 2447-9799.

BOURDIEU, P Questions de sociologie. Paris: Les Éditions de Minuit, 1984.

BOURDIEU, P. Contra-fogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1998.

BOURDIEU, P. Sobre o Estado. Companhia das Letras. 1ª ed. São Paulo.2014.

BOURDIEU, P. O poder simbólico – Bertrand, Brasil, Rio de Janeiro, 1989.

BOWE, R.; BALL, S.; GOLD, A. Reforming education & changing schools: case studies in policy sociology. London: Routledge, 1992.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Publicado no DOU de 5.10.1988.

BRASIL. Código Tributário Nacional. E Legislação Correlata. Dispositivos Constitucionais. Lei no 5.172/*1966*. Legislação Correlata. Índice. 2a Edição. Brasília – 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006.164p.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 – Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

BRASIL. Decreto n. 7.827 de 16 de outubro de 2012 – Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm

BRASIL. Decreto nº 7.508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.11.

BRASIL. Discurso de posse - 1º mandato Dilma Roussef. Disponível em: http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos/discursos-da-presidenta/discurso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-durante-compromisso-constitucional-perante-o-congresso-nacional. Acesso em 12/4/2014.

BRASIL. Discurso de posse - 1º mandato Luiz Inácio Lula da Silva. Disponível em: http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/discursos-de-posse/discurso-de-posse-1o-mandato/view. Acesso em 12/4/2009.

BRASIL. Discurso de posse - 2º mandato Dilma Roussef. Disponível em: http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos/discursos-da-presidenta/discurso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-durante-compromisso-constitucional-perante-o-congresso-nacional. Acesso em 12/4/2016.

BRASIL. Discurso de posse - 2º mandato Luiz Inácio Lula da Silva. Disponível em: http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/discursos-de-posse/discurso-de-posse-2o-mandato/view. Acesso em 12/4/2010.

BRASIL. Instrução Normativa Da Receita Federal Do Brasil - RFB nº 1.310 DE 28.12.2012D.O.U.: 31.12.2012.

BRASIL. Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 10.573, 28 jul. 1993.

BRASIL. Lei n.º 9.961/2000. Dispõe sobre a criação da ANS. Brasília, 2000.

BRASIL. Lei nº 10.962, de 11 de outubro de 2004. Decreto nº 2.181, de 20 de março de 1997. Decreto nº 5.903, de 20 de setembro de 2006.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2011; 29 abr.

BRASIL. Lei nº 9.656. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde. Brasília, 1998.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Dispõe sobre a criação da ANVISA. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Balanço Conitec : 2012-2014 / Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 42 p. : il. color.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 240p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n. 3.496, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre a competência do Denasus.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 182, Seção I., p. 18.055, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF, 2000a. Disponível em: . Acesso em: 19 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 841/2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.559, de 1.o de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 4 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.792/2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.655/2012. Altera a Portaria n. 1.792/GM/MS, de 22 de agosto de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.923/2013. Institui incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio para reforma, destinados à implantação e/ou implementação de Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Centrais de Regulação de Internações Hospitalares de que trata a Portaria n. 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, e implementação de Unidade Solicitante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 3.410/2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 533 de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2012; 29 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: análise de impacto orçamentário : manual para o Sistema de Saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 76 p. : il. – (Série A: Normas e manuais técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001 : regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria 1.580 de 19 de julho de 2010 – Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria n. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo

Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1580_19_07_2012.html

BRASIL. Portaria n. 1378 de 09 de julho de 2013 - Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

BRASIL. Portaria n. 2.135 de 25 de setembro de 2013 - Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html
BRASIL. Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010 – Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 809, de 24 de abril de 1993. Aprova a Estrutura Regimental do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para vigência transitória; altera o Anexo II, parte a e b, do Decreto n. 109, de 2 de maio de 1991, e dá outras providências. Brasília, DF, 1993a. Disponível em: . Acesso em: 17 dez. 2007.

BRASIL. Senado Federal. Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 1995. Disponível em: . Acesso em: 19 jun. 2004.

BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, p. 88, 2006.

BRAVO, MI. As lutas pela saúde: desafios da frente nacional contra a privatização da saúde. Anais da 64ª Reunião Anual da SBPC – São Luís, MA – Julho/2012.

BRESSER-PEREIRA. *L.*12o. Fórum de Economia da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 14-15 de setembro de 2015.

CAMPOS, A. M. *et al.* Bases para o desenvolvimento de um sistema para controle e avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: Propostas de alternativas organizacionais para o processo de regulação de planos e seguros privados no Brasil: subsídios à avaliação e aperfeiçoamento da ação reguladora da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Rio de Janeiro: ANS, 2000). (Documento interno).

CAMPOS. G.W.S. Eco das manifestações. In: Saúde: a voz das ruas e a voz do mercado. Revista Poli. Ano V – nº29 – jul/ago. 2013. P. 2-9.

CARRILLO ROA, A. ; ALFARO CANTÓN, Gerardo ; FERREIRA, M. R. J. . Os sistemas de saúde na América do Sul: caraterísticas e reformas. In: Rosa Maria Marques; Sérgio Francisco Piola; Alejandra Carrillo Roa. (Org.). Sistema de Saúde. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), v. 1. 260p . 2016.

CARRILLO, A.; ROA, G; ALFARO CANTÓN, M.R & FERREIRA, J. Os sistemas de saúde na América do Sul: caraterísticas e reformas.

CARVALHO, A.M.P. Reorganização do estado brasileiro na contemporaneidade: desafios das políticas públicas como direito de cidadania. Fortaleza, 2005. Mimeo.

CARVALHO, Alexandre. Juscorporativismo: os juízes e o judiciário na Assembleia Nacional Constituinte. Revista Brasileira de Estudos Políticos | Belo Horizonte | n. 114 | pp. 31-77 | jan./jun. 2017.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):435-444, 2001.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. Estud. av., São Paulo , v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Jan. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002.

CASTRO, J.D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. Sociologias, Porto Alegre, v.4, n.7, p. 122-135, 2002.

CASTRO, Maria Helena Guimarães; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Brasil: a reforma do Sistema de Saúde. Campinas: NEPP, maio 1992 (mimeo)

CEBES. Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio .Saúde em Debate. Editorial.Revista Do Centro Brasileiro De Estudos De Saúde Volume 38, número 101 Rio De Janeiro, abr-jun 2014.

CFM. Tabela defasada do SUS é parte da ruína do sistema. 2026. Disponível em: http://www.simers.org.br/2016/03/tabela-defasada-do-sus-e-parte-da-ruina-do-sistema/. Acesso em 12/11/16.

CHEIBUB, José Antonio; FIGUEIREDO, Argelina and LIMONGI, Fernando.Partidos políticos e governadores como determinantes do comportamento legislativo na câmara dos deputados, 1988-2006. *Dados* [online]. vol.52, n.2, pp.263-299, 2009.

CIAT – Centro Interamericano de Administrações Tributárias. Manual de boas práticas na medição dos gastos tributários – Uma experiência iberoamericana. Panamá, República de Panamá: CIAT, 2011.

CORBITT, B. Implementing policy for homeless kids in schools:reassessing the micro and macro levels in the policy debate in Australia. Journal of Education Policy, London, v. 12, n. 3, p. 165-176, 1997.

COSTA, Tarcísio. O debate constituinte: uma linguagem democrática?. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n. 88, p. 89-140, 2013.

CUTLER, David, and ZECKHAUSER, Richard. The Anatomy of Insurance. In Anthony Culyer and Joseph Newhouse, eds., Handbook of Health Economics, vol. IA, pp. 563–643. Amsterdam: Elsevier. 2003.

DAHL, R. Poliarquia: Participação e Oposição. São Paulo: Edusp, 1988.

DAIN S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciência e Saúde Coletiva 2007, vol.12: 1851-64.

DAVID, P. A. Path dependence, its critics and the quest for historical economics. Working Paper, Department of Economics, Stanford University, 2000. Disponível em: . Acesso em: 10 jul. 2011.

DAVID, P. A. Clio and the economics of QWERTY. The American Economic Review, v.75, n.2, p.332-337, 1985.

DAVID, P. A. The landscape and the machine: technical interrelatedness, land tenure, and the mechanization of the corn harvest in victorian britain. In: McCLOSKEY, D. N. Essays on a mature economy: Britain after 1840. London: Methuen, 1971.

DAVID, P. A. Why are institutions the carriers of history? Path dependence and the evolution of conventions, organizations and institutions. Structural Change and Economic Dynamics, v.5, n.2, 1994.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. What is Philosophy, tradução de Hugh Tombinson e Graham Burchell,Nova York: Columbia University Press ,p.2,1994.

DONABEDIAN, A. Enfoques básicos para la evaluación. In: La qualidad de la atencion médica: definición e métodos de evaluación. Cidade do México: La prensa Médica Mexicana, 1990. p. 97-157.

DOUGLAS, Mary. "O mundo dos bens, vinte anos depois". Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 13, n. 28, p. 17-32, jul./dez. 2007.

EDWARDS, R. et al. Rhetoric and educational discourse: persuasive texts? London: Routlegde Falmer, 2004.

ESPING-ANDERSEN, G. (1990), The Three worlds of Welfare Capitalism. Cambride, Polity press.

FAGNANI, E. Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.587p.

FALLEIROS, I et al. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde - Estação de Trabalho. Ed.Fiocruz. 2010. p.40. Disponível em observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap_8.pdf Acesso em 1 de Maio de 2017.

FALLEIROS, I. Saúde: a voz das ruas e a voz do mercado. Revista Poli. Ano V – nº29 – jul/ago. 2013. P. 2-9.

FLEURY, Sonia. A democracia é que não cabe nesse governo. Disponível em: https://maissuas.org/2016/08/15/a-democracia-e-que-nao-cabe-nesse-governo-por-sonia-fleury/Acesso em 11/11/17.

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. In: Fleury, Sonia (Org.). Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial. p.25-44. 1997.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1980.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel. Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

GADELHA, Maria Inez Pordeus . Funcionamento e Financiamento do SUS. Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre, n. 35, abril. 2010. Disponível em: < file:///L:/diversos/artigos/artigo_Revista%20da%20Emagis.html> Acesso em: 07 maio 2012.

GAINS, F; JOHN, PC; STOKER, G. Path dependency and the reform of English local government. Public Administration 83 (1), 25-45. 2005.

GARCIA, L.P. *et al.* Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1605-1616, ago, 2013.

GENTIL, Denise Lobato. A política fiscal e a falsa crise do sistema de seguridade social no Brasil: análise financeira do período recente. In: SÍCSU, João. (org.) Arrecadação de onde vem? E gastos públicos para onde vão? São Paulo: Boitempo, 2007.

GERSCHMAN, S.; BORGES DOS SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 21, n. 61, 2006.

GOMES, M.B. Auditoria de desempenho governamental e o papel de Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS). Revista do Serviço Pú- blico, Brasília, UNB/Enap, ano 53, n. 2, p. 36-78, abr./jun. 2002.

GRAMSCI, Antonio. Cadernos do Cárcere. V. 7, edição e tradução de Luiz Sérgio Henriques; co-edição, Carlos Nelson Coutinho e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

HACKER, J. The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States. Cambridge: Cambridge University Press. 2002.

HALL, P. A. and TAYLOR, R. C. R. Political Science and the Three New Institutionalisms. Political Studies, 44: 936–957.1996.

HALL, P. Policy Paradigms, Social Learning, and the State. Comparative Politics, Vol. 25, No. 3, pp. 275-296, 1993.

HALL, Peter A. and TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. Lua Nova [online]. n.58, pp.193-223. 2003.

HALL, Peter A. Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain. University of New York, Comparative Politics, v. 25, n. 3, April 1993.

HARDT, M. e NEGRI, A. *Multitude: War and Democracy in the Age of Empire*, New York: Penguin, 2004. tradução brasileira: *Multidão*, Rio de Janeiro,Record,2005.

HARDT, Michael e NEGRI, Antônio. Bem Estar Comum. Editora Record. Rio de Janeiro. 2016. 467p.

HARDT, Michael e NEGRI, Antonio,Multidão. Guerra e democracia na era do Império. Rio de Janeiro: Record (trad. Clóvis Marques; revisão técnica Giuseppe Cocco), 2005, 417P.

HOWLETT, M. Process sequencing policy dynamics: beyond homeostasis and path dependency. Journal of Public Policy, v.29, n.3, p.241-262, 2009.

HUXLEY, A. Admirável Mundo Novo. Ed. Biblioteca Azul. 2013. 414 p.

IBANHES, L.C. et al. Governança e regulação em saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n. 3, p. 575-584, 2007.

IBGE. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm. Acesso em 11/11/2016.

IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Coordenação de Índices de Preços, 2004, 270p.

IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Coordenação de Índices de Preços, 2010, 310p.

IBGE. PNAD 2008 : Pesquisa nacional por amostra de domicílios. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2008, 81p.

IBGE. PNAD 2012 : Pesquisa nacional por amostra de domicílios. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2012, 60p.

IMMERGUT, Ellen M. As Regras do Jogo: A Lógica da Política de Saúde na França, na Suíça e na Suécia. Revista Brasileira de Ciências Sociais, ano 11, nº 30, pp. 139-166. 1996.

JEWEL, T.; WILKINSON, J. Health and social care regulation in Wales: an integrated system of political, corporate and professional governance for improving public health. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, v.128, n.6, p.306-312, 2008.

KAY, A. A critique of the use of path dependency in policy studies. Public Administration, v.83, n.3, p.553-571, 2005.

KIRTON, A. Access to higher education: a case study of policy intentions and policy effects. 2002. Tese (PhD/doutorado) – Institute of Education. University of London.

KRAAN, Dirk-Jan. Off-Budget and tax expenditures. OECD Journal on Budgeting, v. 4, n. 1, p. 121- 142, 2004.

KRAMER, D. O passado de Lula. Jornal do Brasil, p.18, 18 de agosto de 2004.

LAMOUNIER, Bolívar. O que é que se constrói quando se constrói a democracia. In AVELAR, L.; CINTRA, A. O Sistema Político Brasileiro - Uma Introdução - 3ª Ed. Rio de Janeiro: Konrad Adenaeur Stiftung; São Paulo:Unesp. 2015.

LEVI, Margaret. Uma lógica de mudança institucional. Dados, Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, IUPERJ, v. 34, n. 1, 1991.

LIEBOWITZ, J. S. & MARGOLIS, E. S. "The Fable of the Keys." Journal of Law and Economics 33(April). 1990.

LIEBOWITZ, S. and STEPHEN, E.; MARGOLIS. Policy and path dependence: from QWERTY to Windows 95, Regulation: The Cato Review of Business & Government, number 3: 33-41. Liggett, T. M. 1995.

LEVCOVITZ, E. Transiçäo X consolidaçäo: o dilema estratégico da construçäo do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde-1974/1996 / Transition X consolidation: the estrategic dileme of construction of the SUS. Rio de Janeiro; s.n; 1997. 302 p.

LIMONGI, Fernando. (2006). A democracia no Brasil: presidencialismo, coalizão partidária e processo decisório. Novos Estudos - CEBRAP, (76), 17-41.

LIMONGI, Fernando. “O passaporte de Cunha e o impeachment”. Novos Estudos — Cebrap, n. 103, nov. 2015, pp.99-112.

LOONEY, A. Curriculum as policy: some implications of contemporary policy studies for the analysis of curriculum policy, with particular reference to post-primary curriculum policy in the Republic of Ireland. The Curriculum Journal, London, v. 12, n. 2, p. 149-162, 2001.

LOPES, A.C. Políticas curriculares: continuidade ou mudança de rumos? Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, n. 26, p. 109-118, maio/ago. 2004.

MACHADO, M. A. A. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no estado de Minas Gerais, Brasil. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.

MAHONEY, J. & RUESCHEMEYER, D. Comparative Historical Analysis in the Social Sciences. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

MAHONEY, J. Path Dependence in Historical Sociology. Theory and Society, Vol. 29, No. 4, (Aug., 2000), pp. 507-548. 2000.

MARINHO, A.; MORENO, A. B.; CAVALINI, L. T. Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Texto para discussão nº 848 IPEA. 2001. Disponível em: . Acesso em: 15 jun. 2009.

MARINHO, A.; MORENO, A.; CAVALINI, L. Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde - SUS. Rio de Janeiro: Ipea, 2001. (Texto para discussão n. 848, ISSN 1415-4765)

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no Governo Lula. Revista Katál. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 15-23, jan.-jun./2007.

MARX, K. O Capital: crítica da economia política. O Processo de Circulação do Capital. Livro II. São Paulo: Nova Cultural, Coleção Os Economistas, 1984. 602 p.
MARX, K. O Capital: crítica da economia política. O Processo de Produção do Capital. Livro I. São Paulo: Nova Cultural, Coleção Os Economistas, 1984. 496 p.
MARX, K. O Capital: crítica da economia política. O Processo Global da Produção Capitalista. Livro III. São Paulo: Nova Cultural, Coleção Os Economistas, 1984. 690 p.

MATOS, J.B.B. As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado. Tese de doutorado em 2011. - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. 2011.

MATOS, J.B.B. Avaliação de cenário decorrente do choque de ondas entre os paradigmas econômico e político: uma aplicação empírica no setor de saúde/ Especialista em Regulação Prof. Dr. João Boaventura Branco de Matos. Rio de Janeiro: ESG, 2012.

MATTOS, RA; BAPTISTA, TWF *et all*. Caminhos para análise das políticas de saúde / – 1.ed. – – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p. : il. – (Série INTERLOCUÇÕES. Práticas, experiências e pesquisas em saúde)
MAZZUCATO, M. and PENNA, C. Beyond market failures: The market creating and shaping roles of state investment banks, SPRU Working Paper Series, SPRU - Science and Technology Policy Research, University of Sussex, 2014. p.21.

MAZZUCATO, M.. O Estado empreendedor: Desmascarando o mito do setor público vs. setor privado. Editora Portfolio Penguin. 2014. 204p.

McQUAIL, D.. Atuação da mídia: comunicação de massa e interesse público. Porto Alegre: Penso, 2012.

MEDEIROS, R.B. Saúde e Gestão Democrática: uma análise crítica sobre os Conselhos de Saúde. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.9-14, Jun., 2010.

MÉDICE, A. C. A. Economia Política das Reformas em Saúde. Porto Alegre: IAHCS, 2007.

MÉDICI, A. 26 Anos de SUS: Avanços e Desafios. Monitor de saúde. Disponível em http://monitordesaude.blogspot.com.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios.html. Acesso em: 26 jun 2014.

MÉDICI, A. C. O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE. 1991a (Relatórios Técnicos)

MEIRELES, R. Percepção dos brasileiros em 2012. http://docplayer.com.br/9249546-Data-popularsaude-na-nova-classe-media-brasileira-renatomeirelles-renato-datapopular-com-br.html (acessado em 18/Ago/2015).

MEIRELLES, R. Desejos e aspirações dos consumidores dos planos de saúde. In: Anais do 18o Congresso Brasileiro dos Corretores de Seguros.2015.

MELO, C. R.. Corrupção Eleitoral. In: AVRITZER, Leonardo; BIGNOTO, Newton; GUIMARÃES, Juarez; STARLING, Heloísa Maria Murgel (Org.). Corrupção: ensaios e críticas. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.

MENICUCCI, T.M.G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MENICUCCI, E. Público e privado na política de assistência à. Saúde no brasil: atores, processos e trajetória. Belo Horizonte. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/ UFMG. 2003. 401p.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 180-197.

MENICUCCI, T. M. G. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2007.

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MESQUITA, M. A. A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. In: Regulação e Saúde - estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS/Ministério da Saúde, 2002. (Série *C*. Projetos, Programas e Relatórios, n.76).

MISOCZKY, M.C. Campo de poder e ação em Bourdieu: implicações de seu uso em estudos organizacionais. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 25., Campinas, 2001. Anais... Campinas: Anpad, 2001.

MOE, T. "The New Economics of Organization." American Journal of Political Science 28 (November): 739–77. 1984.

NEGRI, B; DI GIOVANNI, G. (Org.). Brasil – Radiografia da Saúde. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2001. 588 p.

NEGRI, B; VIANA, A.L.A. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Celag, 2002. p. 441-469.

NOBRE, Marcelo. Imobilismo em movimento: Da abertura democrática ao governo Dilma. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

NORONHA, M.P. O papel do Tribunal de Contas da União na avaliação de programas de governo: diferentes estágios e abordagens. 164 São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 152-164, jan./jun. 2008 2004. 52 f. Monografia. Brasília: Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União, 2004.

NORTH, D. C. Institutions, Institutional Change, and Economic Performance. New York, Cambridge University Press. 1990.

NORTH, D. Understanding the Process of Economic Change. Process of Economic Change. Princeton e Oxford: Princeton University Press. 187 pp. Oxford: Princeton University Press. 187 pp. 2005. ISBN: 978-0-691-11805-5. ISBN: 978-0-691-11805-5.

NUNES , Edson de Oliveira. A gramática política do Brasil: clientelismo, corporativismos e insulamento burocrático. Editora: Garamond, Rio de Janeiro, 2010.

OCKÉ-REIS, C. O. *et al*. Avaliação dos gastos das famílias com assistência médica no Brasil: O caso dos planos de saúde. Brasília: IPEA, Jan, 2001. (Texto p/ discussão, nº 776)

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. v. 12, n. 4, p. 1041 – 1050, 2007.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OCKÉ-REIS, C. Qual a magnitude do gasto tributário em saúde? 2015 http://cebes.org.br/2014/12/carlosocke-escreve-sobre-gasto-tributario-em-saude/ (acessado em 15/Nov/2015).

OLIVEIRA, DF. Os caminhos da avaliação de desempenho no Sistema de Saúde brasileiro. Dissertação. IMS/UERJ. 2013.

OLIVEIRA, V.C. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. Rev. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 1998;4(7):71-80.

OLSON, Mancur. A lógica da ação coletiva. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000, (Clássicos: 16).

OMS. Relatório Mundial de Saúde. Financiamento Dos Sistemas De Saúde o Caminho Para A Cobertura Universal. Geneva. WHO, 2005.

OMS. Relatório Mundial de Saúde. Sistemas De Saúde: Aprimorando a performance. Geneva: WHO, 2000.

OPAS – Organização Panamericana da Saúde. O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde – Brasil. Programa de Organização e Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde/Divisão de Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde. OPS, 2001. 2. ed., 37p.

PAGE, S. E. Path dependence. Quarterly Journal of Political Science, n.1, p.87-115, 2006.

PAIM, J. S. Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período 2007 a 2015 - Financiamento em 2014. Observatório de análise política em saúde, Salvador, mar. 2015. Disponível em: http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/analises/24/. Acesso em: 10 jan. 2016.

PAIM, J. S.. Políticas de Saúde no Brasil. In: Epidemiologia e Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAIM, J. S.. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador: 2007. 300p.

PAIM, J.TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L. & MACINKO, J. (2011), 'O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios', The Lancet Série Saúde no

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites,perspectivas. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro:Fiocruz/EPSJV; 2008.

PESSANHA, C. O poder executivo e o processo legislativo nas constituições brasileiras. Teoria e prática. In: Vianna LW, organizador. A democracia e os três poderes no Brasil. Belo Horizonte: Editora UFMG/Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro; 2003. p. 141.

PIERSON, P. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. American Political Science Review, v.94, n.2, p.251-267, 2000.

PIERSON, P. Politics in Time. History, Institutions, and Social Analysis. Princeton, Princeton University Press. 2004.
PIERSON, P. Politics in time: history, institutions, and social analysis. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2004.
PIKETTY, Thomas. O Capital no século XXI. Editora Intrinseca. Rio de Janeiro. 2014. 617p.

PINA, V.; TORRES, L. La contabilidad del sector público, 2001. Disponível em: . Acesso em: 1 fev. 2001.

PINTO, Nicanor R. S.; SPEDO, Sandra Maria and TANAKA, Oswaldo Yoshimi. (Im)possibilidades de implementar uma direção única no SUS em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Saude soc. [online]. 2010, vol.19, n.3, pp.518-532. ISSN 0104-1290.
PIOLA, S. F. *et al*. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. Políticas sociais: acompanhamento e análise, n. 17 – Vinte anos da Constituição Federal, v. 1, cap. 3. Brasília: Ipea, 2008.
PIOLA, S. F. *et al*. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. in Tributaçao e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009 / organizadores: Jorge Abraão de Castro, Cláudio Hamilton Matos dos Santos, José Aparecido Carlos Ribeiro. Brasília: Ipea, 2013. 514 p.:

PIOLA, S.F. *et al*. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea, 2013.46p.

POPKEWITZ, T. *Struggling for the soul*: The politics of education and the construction of the teacher. New York: Teachers College Press, 1998.

PROCON. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor. código de proteção e defesa do. consumidor. São Paulo. Janeiro de 2017.
PRZEWORSKI, A. Estado e economia no capitalismo. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1995.
PT. Programa de governo de 1990. A Saúde no Governo LULA · Bases do Programa de Governo. 1989.
PT. Programa de governo de 1994. A Saúde no Governo LULA · Bases do Programa de Governo. 1993.
PT. Programa de governo de 1998. A Saúde no Governo LULA · Bases do Programa de Governo. 1997.
PT. Programa de governo de 2003. A Saúde no Governo LULA · Bases do Programa de Governo. 2002.
PT. Programa de governo de 2007. A Saúde no Governo LULA · Bases do Programa de Governo. 2006.
PT. Programa de governo de 2010. A Saúde no Governo DILMA · Bases do Programa de Governo. 2009.
PT. Programa de governo de 2014. A Saúde no Governo DILMA · Bases do Programa de Governo. 2013.
RADIS. Jogo Desequilibrado. Quem Ganha com a dívida Pública, 12-17. Fiocruz/ENSP. N°162. Março, 2016.
Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, DF:Presidência da República; Câmara de Reforma do Estado, 1995.
REIS, A. C. Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). Qualificação de gestores do SUS. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, RJ: EAD, Ensp, 2011. 480p.
REIS, Marlon. O nobre deputado: relato chocante de como nasce, cresce e se perpetua um corrupto na política brasileira. Rio de Janeiro:Leya, 2014.

RHODES, R. A. W; BINDER, S. A.; ROCKMAN, B. A. Preface. In: RHODES, R. A. W. Rhodes; BINDER, S. A.; ROCKMAN, B. A. (Eds.). The oxford handbook of political institutions. Oxford, UK: Oxford University Press, 2006. p.XV.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F. e SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Apresentado na II Jornada de Economia da Saúde da ABRES, Belo Horizonte, dez., 2005.

ROBERTSON, R. Glocalisation: time-space and homogeneity-heterogeneity. In: FEATHERSTONE, M.; LASH, S.; ROBERTSON, R. (Ed.). Global modernities. London: Sage, 1995. p. 25-44.

Rockefeller Foundation Annual Report. The 2012 Annual Report. Photo courtesy of Ruby Mangunsong.2012.123p.

RODRIGUES, Paulo H.A.; KORNIS, George E.M. *Os descaminhos do direito à saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social. 1999.

RODRIGUES, PH. Apocalipse não: o Estado do bem-estar social sobrevive à onda neoliberal (tese de doutorado). Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, 2003.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ROSA , C.D.P. & GRELL, A.P. Financiamento da saúde no brasil e a emenda constitucional o n . 29, DE 2000. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 1, p. 51 - 52, 2015.

ROUSSEAU, Jean Jacques. Rousseau: Vida e Obra. Tradução Lourdes Santos Machado. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

SADEK, M. T. O Ministério Público e a Justiça no Brasil, Sumaré, SP, 1993.

SALGADO, L. H. B.; PINHO, E. B. Análise de Impacto Regulatório: Uma Abordagem Exploratória. In: IPEA. Texto para Discussão n 1463. Brasília: IPEA . 2010.

SALGADO, L.H. Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2003. 52p.

SANTOS FP, MERHY EE. A regulação pública na saúde do Estado brasileiro – uma revisão. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006.

SANTOS NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciência e Saúde Coletiva 2007; 12(2): 429-436. 87

SANTOS, A.O. *et al*. Os três poderes e o financiamento do SUS: o ano de 2015. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(1):e00194815, jan, 2016

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. Public regulation of the health care system in Brazil: a review. Interface, Botucatu , v. 10, n. 19, p. 25-41, June 2006 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 15 May 2017.

SANTOS, I. S. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009.

SANTOS, Isabela Soares. O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese de doutorado em Saúde Pública, ENSP,

Fiocruz. (2009) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_isabelas santosantos_mh_d.pdf Acesso em dez.2013.

SANTOS, L. Abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços de saúde. Diaponível em: abresbrasil.org.br/sites/default/files/capital_estrangeiro_na_saude_mp_656_2014.pdf. Acesso em 12/01/17.

SCHEFFER, M. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 15, n. 38, p. 947-956, Sept. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300030&lng=en&nrm=iso>.accesson 17 Apr. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000300030.

SCHIEBER, M.H, *et al*. Selective activation of human finger muscles after stroke or amputation. Advances in Experimental Medicine and Biology. 2009;629:559–575. 2007.

SELZNICK, P. Institucionalism "old" and "new". Administrative Science Quarterly, v.41, p.270-277, 1996.

SELZNICK, P. Foundations of the theory of organization. American Sociological Review, v. 13, p.25-35, Feb. 1948.

SKOCPOL, Theda. Bringing the State back in: Strategies of analysis in current research. In: EVANS, P.; RUESCHMEYER, D.; SCOKPOL, T. Bringing the State back in. New York: Cambridge University Press, 1985. .

SKOCPOL, Theda. Protecting soldiers and mothers: the political origins of social policy in the United States. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

SOUZA, Pedro org. Brasil, Sociedade *em* Movimento. Centro Internacional Celso Furtado. Editora Paz e Terra. 2014.

SPING-ANDERSEN, Gosta. Social foundations of postindustrial economies. New York: Oxford Univ. Press, 1999.

STEPEN, A. Brazil's Decentralized Federalism: Bringing Government Closer to Citizens?". Daedalus, vol. 129, no 2, pp. 145-170. 2000.

STEPEN, A. Toward a New Comparative Politics of Federalism, Multinationalism, and Democracy: Beyond Rikerian Federalism, in E. L. Gibson (ed.), Federalism and Democracy in Latin America. Baltimore, Johns Hopkins University Press, pp. 29-84.2004.

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf (Acessado em 01 de maio, 2017).

TEMPORÃO. É irreal imaginar que a medicina privada possa substituir o SUS. Disponível em https://www.cartacapital.com.br/politica/temporao-e-irreal-imaginar-que-a-medicina-privada-possa-substituir-o-sus. Acesso em 12/12/2017. 2017.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. Rev. Adm. Pública [online]. vol.40, n.1, pp.27-53. 2006.

TILLY, Charles. Democracia. Tradução Raquel Weiss. Editora Vozes. Petrópolis – RJ. 2013. 251p.

UGÁ, M. A. et al. Financiamento e alocação de recursos no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2012.

VIANA, A. *et al*. Estado e regulação da saúde. In: Regulação e Saúde - estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS/Ministério da Saúde, 2002. (Série *C*. Projetos, Programas e Relatórios, n.76).

VIEIRA, M. M.; MISOCZKY, M. C. Instituições e poder: explorando a possibilidade de transferências conceituais. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 25., Campinas, 2001. Anais... Campinas: Anpad, 2001.

VILARINHO, P. F. A formação do campo da saúde suplementar no Brasil. Rio de Janeiro: (Dissertação de mestrado) - Ebape, Fundação Getulio Vargas - FGV. 2004. Disponível em: <www.ebape.fgv.br/academico> Acesso 3/2/2017.

WALFORD, G. A policy adventure: sponsored grant-maintained schools. Educational Studies, Oxford, v. 26, n. 2, p. 243-262, 2000.

WALLERSTEIN, I.M. Capitalismo Histórico e Civilização Capitalista. São Paulo: Ed. Contraponto, 2001.

WALSHE, K. Regulating healthcare: a prescription for improvement? Philadelphia: Open University Press, 2003. 224p.

WERNECK VIANNA, L. A modernização sem o moderno: análise de conjuntura na era Lula. Brasília-DF: Contraponto, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Health Regulations, 2005.Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf >. Acesso em: 13 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Dispónível em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/. Acesso em 12/12/2017.

ZUCCHI, A.L. Contribuição ao estudo de auditoria de gestão. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

ANEXO A - Quadro 3 - Alterações da Lei 8080/90.

Legislação Modificadora	Finalidade	Governo	Dimensão	Interesse
Lei n° 8.142, de 28/12/90	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	Collor	Gestão/ Financiamento	Público[129]/ Comum
Lei n° 8.689, de 27/07/93	Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências.	Itamar	Gestão/ Financiamento	Público/ Privado
Lei nº 8.896, de 21 de junho de 1994.	Dá nova redação ao art. 3º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. E atribui ao Fundo Nacional de Saúde as obrigações financeiras do INAMPS.	Itamar	Financiamento	Público/ Privado
Decreto nº1.651, de 28/09/95	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.	FHC	Gestão	Público/ Comum
Lei n° 9.836, de 23/09/99	Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	FHC	Programas e ações verticais em saúde	Público/ Comum
Lei n° 10.424, de 15/04/02	Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.	FHC	Programas e ações verticais em saúde	Público/ Comum
Lei nº 11.108, de 07/04/05.	Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.	Lula I	Programas e ações verticais em saúde	Público/ Comum
Decreto nº 7.508, de 28/06/11.	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.	Dilma I	Gestão	Público/ Comum
Lei nº 12.466, de 24/08/11.	Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.	Dilma I	Gestão	Público
Lei nº 12.401,	Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,	Dilma I	Gestão	Público/

[129] Referimo-nos ao interesse público como o interesse em manter a política de saúde sob judíce do aparelho do Estado.

de 28/04/11.	para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.			Privado/ Comum
Decreto nº 7.646, 21/12/11	Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.	Dilma I	Gestão	Público/ Privado/ Comum
Lei Compl. nº 141, de 13/01/12.	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.	Dilma I	Financiamento	Público/ Privado/ Comum
Decreto nº 7.827, de 16/10/12.	Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que trata o inciso II do Caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do Inciso I e inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de. Que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro. De 2012, e dá outras providências.	Dilma I	Financiamento	Público/ Comum
Decreto nº 8.077, 14/8/13	Regulamenta as condições para o funcionamento de empresas sujeitas ao licenciamento sanitário, e o registro, controle e monitoramento, no âmbito da vigilância sanitária, dos produtos de que trata a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. (vide art. 21 – possibilidade de a CONITEC solicitar à ANVISA autorização para uso de medicamentos ou produtos com indicação distinta daquela aprovada no registro – uso "off label")	Dilma I	Gestão	Público/ Privado/ Comum
Lei nº 12.864, de 24/09/13.	Altera o *caput* do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.	Dilma I	Regulação, Linhas de cuidado e ações verticais em saúde[130]	Público/ Comum
Lei n° 12.845, De 01/08/13	Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.	Dilma I	Regulação, Linhas de cuidado e ações verticais em saúde.	Público/ Comum
Lei nº 12.895,	Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,	Dilma I	Regulação,	Público/

[130] A dimensão Programas e ações verticais em saúde (utilizada como eixo temático na análise efetuada por Baptista,2007) foi redenominada nesta tese para dimensão da Regulação, Linhas de cuidado e ações verticais em saúde. Esta modificação foi feita em função da mudança de lógica de operação do MS de programas para linhas de cuidado a partir da edição do Pacto pela Saúde (2006).

de 18/12/13.	obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante.		Linhas de cuidado e ações verticais em saúde	Comum
Lei nº 13.097 de 19/01/15	Altera a Lei 8.080/1990 e "permite a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde".	Dilma II	Gestão/ Financiamento	Privado/ Comum
Decreto nº 8.901, 10/11/16	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superior - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE.	Dilma II	Gestão	Público
Lei nº 13.427, de 30/03/17.	Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.	Temer	Regulação, Linhas de cuidado e ações verticais em saúde.	Público/ Comum

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO B - Quadro 4 : Emendas Constitucionais de influência no campo da saúde.

Emenda	Publicação	Ementa	Principais Alterações	Dimensão	Interesse
EC 10	7 de março de 1996	Altera os arts. 71 e 72 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, introduzidos pela Emenda Constitucional de Revisão nº 1, de 1994.	Estende o Fundo Social de Emergência até 30/jun/1997 e altera outros aspectos. Ver também ECR nº 1.	Financiamento	Público/ Privado/ Comum
EC 12	16 de agosto de 1996	Outorga competência à União, para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira.	Permite criação da CPMF. Ver também ECs nºs 21, 37 e 42.	Financiamento	Público/ Comum
EC 21	19 de março de 1999	Prorroga, alterando a alíquota, a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e de direitos de natureza financeira, a que se refere o art. 74 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.	Prorroga a CPMF. Ver ECs nº 12, 37 e 42.	Financiamento	Público/ Comum
EC 29	14 de setembro de 2000	Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.	Estipula limites mínimos de investimento em saúde.	Financiamento	Público/ Comum
EC 42	31 de dezembro de 2003	Altera o Sistema Tributário	Flexibiliza regras para micro e pequenas	Financiamento	Público/ Privado/

		Nacional e dá outras providências.	empresas, estende pela última vez a CPMF (ver ECs nº 12, 21 e 37), prorroga a desvinculação de receitas de tributos (ver ECs nº 27, 56 e 68), amplia o prazo da Zona Franca de Manaus (ver EC nº 83), entre outras providências.		Comum
EC 51	15 de fevereiro de 2006	Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal.	Disciplina sobre os agentes comunitários de saúde e os de combate às endemias.	Gestão	Público
EC 63	5 de fevereiro de 2010	Altera o § 5º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias.	Prevê Plano de Carreira para os agentes comunitários de saúde e os de combate às endemias.	Gestão	Público
EC 86	18 de março de 2015	Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal.	Torna obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.	Financiamento	Público/ Privado/ Comum
EC 93	9 de setembro de 2016	Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios.	Prorrogação da desvinculação de receitas da União (DRU).	Financiamento	Privado/ Comum
EC 95	16 de dezembro de 2016	Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.	Novo Regime Fiscal (Teto os Gastos)	Financiamento	Público/ Privado/ Comum

Fonte: Elaboração Própria. Desenvolvido a partir de consulta ao Portal da Legislação, http://www4.planalto.gov.br/legislacao

ANEXO C - Quadro 5: Universo das medidas provisórias no país e sua incidência no campo da saúde.

Período	Total Medidas	Medidas Saúde	Variação%Saúde
1991-1988	220	2	0,91%
1995-1992	136	8	5,88%
1999-1996	154	1	0,65%
2001-2000	153	8	5,23%
2002-2001	102	2	1,96%
2003-2006	279	9	3,23%
2007-2010	211	8	3,79%
2011-2014	146	4	2,74%
2015-2018 (dia 17.05.2016)	61	3	4,92%
1988-2016	1462	45	3,08%

Fonte: Elaboração própria com base em busca no Portal da Legislação, http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/medidas-provisorias.