

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

LAILA TALITA DA CONCEIÇÃO COSTA

**PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
interesses representados no Poder Legislativo e as ameaças ao direito à saúde**

**Recife
2017**

LAILA TALITA DA CONCEIÇÃO COSTA

PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
interesses representados no Poder Legislativo e as ameaças ao direito à saúde

Dissertação de mestrado apresentada à banca de avaliação como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE orientada pela Prof. Dra. Raquel Cavalcante Soares.

Recife

2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

C837p Costa, Laila Talita da Conceição
Planos e seguros privados de assistência à saúde: interesses representados no Poder Legislativo e as ameaças ao direito à saúde / Laila Talita da Conceição Costa. - 2017.
128 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Raquel Cavalcante Soares.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2017.
Inclui referências.

1. Classes sociais. 2. Planos privados de assistência à saúde. 3. Poder legislativo. I. Soares, Raquel Cavalcante (Orientadora). II. Título

361.1 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2018 – 113)

Laila Talita da Conceição Costa. “PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: interesses representados no Poder Legislativo e as ameaças ao Direito à Saúde”.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – PPGSS/UFPE para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social

Linha de Pesquisa: Estado, Políticas Sociais e Ação do Serviço Social

Área de concentração: Serviço Social, Movimentos Sociais e Direitos Sociais.

Aprovada em 30/08/2017 pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof.^a Dra. Raquel Cavalcante Soares (Orientadora e Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Ana Cristina de Souza Vieira (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Heloisa Maria Mendonça de Moraes (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Recife, 30 de agosto de 2017

***Dedico este trabalho
aos que lutam pelo direito à saúde.***

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ana Maria e José Carlos, e irmãs Ana Karla, Tácia Andresa e Camila Tenório por acreditarem em mim e pelo apoio para trilhar meus passos.

À Raquel Cavalcante Soares, pela orientação deste estudo, contribuindo para debates e reflexões fecundas sobre a profissão, saúde, luta e vida. Agradeço imensamente sua compreensão, firmeza (quando necessária) e carinho durante esta laboriosa caminhada.

À Ana Vieira e Heloísa Mendonça, pelas fundamentais contribuições para o desenvolvimento da pesquisa, através das participações na banca de qualificação do projeto e defesa da dissertação.

À Livia Milena e Juliana Souto Maior, pessoas queridas que encontrei nos caminhos da vida profissional e que me deram fundamentais incentivos para ingressar no presente curso de mestrado.

Thiago Henrique por contribuir com o projeto de mestrado e dividir as angústias do processo seletivo e Eduardo Mara pelas indicações de leitura e compartilhamento do conhecimento durante a elaboração da dissertação.

Às melhores amigas Fabrícia Danielle e Nayana Lima, por me proporcionarem afeto e risadas, desde a graduação em Serviço Social e agora à nossa amada Marina Nogueira que chegou para acrescentar brilho à nossa amizade.

À Mateus Santana eterno amigo e confidente, por segurar minha mão nos momentos difíceis.

Aos companheiros e companheiras do Levante Popular da Juventude, especialmente à Rosa Amorim, Tomás Agra, Louise Xavier, Isa Gabriela, Amanda Salvino, Beatriz Eudócio, Mariane Tavares, Myllena Santos, Romildo Albuquerque, IyalêTahyrine, Vanessa Gonzaga, Santiago Matos, Marcel Estevão, Rayanne, Bianca Davi, que compreenderam minha ausência no cotidiano das lutas enquanto a dedicação deles servia de inspiração para a escrita da dissertação.

À Consulta Popular, por despertar em mim o sentimento de povo!

RESUMO

A presente dissertação de mestrado tem como principal objetivo analisar os interesses dos planos privados de assistência à saúde, suas determinações e mediações no âmbito do Poder Legislativo Federal no período 2011-2016, particularmente no que se refere à expansão do mercado para esse segmento. Para empreender essa análise nos fundamentamos teórico-metodologicamente no método materialista histórico e dialético da teoria social crítica e estruturamos o processo de pesquisa no levantamento bibliográfico e na análise de documentos representativos das proposições legislativas, de autoria dos Deputados Federais que receberam financiamento privado de campanha dos planos privados de assistência à saúde nas eleições de 2010 e 2014, cuja temática das proposições se vincula aos tipos de planos coletivos empresariais. Através da influência sobre parlamentares da Câmara dos Deputados Federal as empresas desse mercado privado tiveram seus interesses representados e transformados em proposições legislativas, que podem vir a se tornar Emendas Constitucionais e Leis Federais. Os resultados dessa pesquisa indicaram diversos determinantes desse processo: a) a representação política dos intelectuais da classe burguesa atuam para a reprodução das necessidades e interesses capitalistas; b) transformação do atendimento parcial dos interesses das classes dominadas em estratégias de favorecimento às demandas da iniciativa privada no processo de constituição da hegemonia burguesa; c) semelhança das formas de atuação das empresas de planos privados de assistência à saúde à prática do lobbying norte-americano. Os impactos da influência das empresas de planos privados de assistência à saúde no Poder Legislativo Federal têm representado profundas ameaças ao direito universal à saúde pela orientação seletiva do Estado para o acesso aos serviços de saúde; focalização da assistência pública na população mais pobre; reprodução da perspectiva do direito à saúde pelo consumo; fortalecimento de uma retórica anti-SUS.

Palavras-chave: Classes sociais. Planos privados de assistência à saúde. Poder legislativo federal. Financiamento privado de Campanha.

ABSTRACT

The central aim of this Master's Degree is to analyze the interests of private health care plans, their determinations and intercessions within the Federal Legislative Power scope in the period 2011-2016, specially with regard to the expansion of the market for this segment. In order to wage this analysis, we base theoretical-methodologically on the historical and dialectical materialist method of critical social theory, we structure the research process in the bibliographic research and in the analysis of documents representative of the legislative proposals elaborated by the Federal Deputies that received private financing from private health plans in the 2010 and 2014 elections, whose proposal theme is linked to the kinds of collective business groups plans. By the influence of members of the Federal Chamber of Deputies, companies in this private market had their interests represented and transformed into legislative proposals, which could become Constitutional Amendments and Federal Laws. The results of this research indicated several determinants of this process: a) the political representation of the intellectuals of bourgeois class, act for a reproduction of the needs and interests of the capitalists; b) transformation of the partial service of the interests to the dominated classes in strategies of contribution to the demands of private initiative in the process of constitution of the bourgeois hegemony; c) similarity of the ways in which private health care companies operate to the practice of US lobbying. The impacts of the influence of private health care companies in the Federal Legislative Power have intense risks to the universal right to health, by the selective guidance of the State for access to health services; focus of public assistance on the poorest population; reproduction by perspective of the right to health by consumption; consolidation of anti-SUS rhetoric.

KEYWORDS: Social classes. Private health care plans. Federal Legislative Power. Private Financing of Campaign.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Beneficiários de planos privados de assistência à saúde (dez/2000 – dez/2016).....	56
Gráfico 2 - Concentração de beneficiários de planos privados de assistência à saúde por região (dez/2000 - dez/2016)	57
Gráfico 3 - Beneficiários de planos privados de assistência à saúde segundo o tipo de contratação (dez/2000 – dez/2016)	58
Gráfico 4 - Beneficiários por tipo de contratação coletiva (dez/2000 e dez/2016).....	59
Gráfico 5 - Concentração de beneficiários de planos privados de assistência à saúde por modalidade (dez/2000 - dez/2016)	61
Gráfico 6 - Beneficiários das medicinas de grupo (dez/2000 - dez/2016)	64
Gráfico 7 - Concentração por tipo de contratação nas medicinas de grupo (dez/2000 – dez/2016).....	65
Gráfico 8 - Distribuição por região dos contratos coletivos empresariais das medicinas de grupo (dez/2016)	65
Gráfico 9 - Concentração por tipo de contratação nas cooperativas médicas (dez/2000 – dez/2016)	67
Gráfico 10 - Beneficiários das cooperativas médicas (dez/2000 - dez/2016)	68
Gráfico 11 - Proporção de beneficiários das cooperativas médicas na região Norte (dez/2016)	69
Gráfico 12 - Proporção de beneficiários das cooperativas médicas na região Sul (dez/2016)	70
Gráfico 13 - Proporção de beneficiários das cooperativas médicas na região Centro Oeste (dez/2016)	70
Gráfico 14 - Beneficiários de autogestão (dez/2000 - dez/2016)	72
Gráfico 15 - Beneficiários das seguradoras especializadas em saúde	75
Gráfico 16 - Concentração por tipo de contratação nas seguradoras especializadas em saúde (dez/2000 – dez/2016)	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Registro das Frentes Parlamentares na Câmara dos Deputados conforme ato da mesa nº 69, de 10/11/2005	81
Quadro 2 - Proposições legislativas que tratam das contratações coletivas empresariais dos planos privados de assistência à saúde	92
Quadro 3 - Planos coletivos empresariais para trabalhadores recém-desempregados e aposentados	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Beneficiários de planos e seguros privados de assistência médica à saúde (dez/2000 – dez/2016)	55
Tabela 2 - Operadoras com registro ativo por faixa de beneficiários e modalidade (dez/2016).....	62
Tabela 3 -Operadoras da modalidade medicina de grupo com beneficiários segundo região da sede (dez/2016)	66
Tabela 4 - Receita das seguradoras de saúde (2016)	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABrES - Associação Brasileira de Economia da Saúde

AMB - Associação de Médicos Brasileiros

AMPASA - Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APSP - Associação Paulista de Saúde Pública

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNI - conselho nacional das indústrias

CNseg - Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização

CNSP - Conselho Nacional de Seguros Privados

CONAMGE - Conselho de Auto-regulamentação das Medicinas de Grupo

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CUT - Central Única dos Trabalhadores

DEM - Democratas

DRU - Desvinculação das Receitas da União

FBH - Federação Brasileira dos Hospitais

FEBRABAN - Federação Brasileira de Bancos

Fesp - Federação das Unimed's do Estado de São Paulo

FHC - Fernando Henrique Cardoso

Fiesp - Federação das Indústrias do Estado de São Paulo

FMI - Fundo Monetário Internacional

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão

IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

MARE - Ministério de Administração e Reforma do Estado

NAE - Núcleo de Assuntos Estratégicos

ONU - Organização das Nações Unidas

PEC - Proposta de Emenda à Constituição

PIB - Produto Interno Bruto

PL - Projetos de Lei

PRDE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

PV - Partido Verde

RCB - Corrente Bruta

RCL - Receita Corrente Líquida

SBB - Sociedade Brasileira de Bioética

Sinamge - Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo

Sinog - Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo

SUS - Sistema Único de Saúde

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	AS CLASSES SOCIAIS E OS INTERESSES BURGUESES NA SAÚDE	20
2.1	As classes sociais e a trajetória dos planos privados de assistência à saúde no Brasil	20
2.2	A política de saúde na atualidade	37
3	O MERCADODE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E A SUA ATUAÇÃO NO TERRENO DA LUTA POLÍTICA HOJE.....	54
3.1	Características do mercado de planos privados de assistência à saúde, no período dos anos 2000 a 2016	54
3.2	Os elos do mercado de planos privados de assistência à saúde com o Poder Legislativo Federal	79
4	AS DEMANDAS PARTICULARISTAS DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO PODER LEGISLATIVO FEDERAL BRASILEIRO	89
4.1	Percurso metodológico	89
4.2	A natureza dos interesses representados nas proposições legislativas da Câmara dos Deputados Federal	93
4.3	As ameaças ao direito à saúde	109
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS	118

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho consubstancia uma dissertação de mestrado cujo objeto de estudo trata da influência dos planos privados de assistência à saúde no Poder Legislativo Federal e de seus determinantes, mediados por relações que se expressam em interesses particularistas de classe, particularmente no que se refere à expansão do mercado para esse segmento.

A origem do interesse por esta temática está na experiência desde a graduação em Serviço Social de participação em projetos de vivência no Sistema Único de Saúde (VERSUS), estágios em hospitais da rede pública, trabalho profissional em projetos do Ministério da Saúde e, sobretudo, na práxis militante em movimentos sociais que se organizam em defesa da saúde pública. No cotidiano das lutas pela efetivação do direito à saúde observou-se o quanto esse direito de caráter universalista e igualitário tem sido alvo dos interesses conflitantes do mercado de planos privados de assistência à saúde, representados no terreno da luta política por parlamentares do Poder Legislativo Federal. Surgiram então, diversas inquietações sobre as determinações dos interesses particularistas do mercado de planos privados de assistência à saúde nesse espaço de formulação de políticas, e as ameaças que apresentam ao direito à saúde.

Identificou-se claramente ao longo dos anos 2000, um considerável aumento no número de contratações de planos privados de assistência à saúde, chegando em 2014, seu último período de crescimento, à marca de 50 milhões de beneficiários, quando a crise econômica mundial e do projeto neodesenvolvimentista brasileiro afetaram o mercado de trabalho formal no país e, conseqüentemente, a compra dos serviços de saúde privados por milhões de brasileiros. Ao mesmo tempo, os elevados investimentos das empresas de planos privados de assistência à saúde nas campanhas eleitorais dos candidatos aos cargos parlamentares confluíam com uma constante situação de defesa a esse mercado no Poder Legislativo Federal, perpassadas, por sua vez, em variadas proposições legislativas e ações dos parlamentares eleitos.

Os direitos sociais no Brasil, dentre eles o direito à saúde, estão inseridos numa dinâmica de disputa de interesses antagônicos das classes em luta pela hegemonia de seus projetos societários, própria das particularidades da nossa formação social. De acordo com Fernandes (1975a), a consolidação do poder burguês no Brasil se deu de maneira autocrática e conservadora e manteve o desenvolvimento nacional nos estreitos limites da estrutura concentradora de riqueza e poder herdadas do passado, sem romper com a dependência das nações externas. Entretanto, é também nesse cenário que se revela a classe operária brasileira e suas reivindicações por melhores condições de vida e trabalho, indicando um fato novo no Brasil, de no interior da ordem burguesa, ainda que sob a dominação de um Estado capitalista autocrático, ter lugar a representação das classes subalternas, que resultaram na formulação de direitos sociais, mas sem ampliar a satisfação desses interesses e demandas sociais a um nível que impedisse a reprodução do capital.

Fica claro, então, que o processo de surgimento dos direitos sociais no Brasil é resultado dos interesses das classes sociais antagônicas, representados de um lado pelas reivindicações da classe trabalhadora pela melhoria das suas condições de vida, e, por outro, na busca de legitimidade das classes dominantes para os seus projetos societários na construção da *hegemonia* burguesa. É nesse cenário que se inicia o acesso dos trabalhadores à política de saúde brasileira, realizado de forma fragmentada, contributiva e focalizada em determinados segmentos da classe trabalhadora, até constituir-se como direito público e universal na década de 1980, com a instituição do SUS.

Embora o arcabouço legal do SUS – Art. 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, tenha garantido a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a legislação também permitiu que a assistência à saúde ficasse livre à iniciativa privada, estabelecendo as instituições privadas como complementares ao SUS e abrindo precedentes para a continuidade da compra dos serviços privados pelo setor público estatal. Nesse contexto em que se reconfigurou a política de saúde brasileira, mais precisamente entre os anos 1980 e 1990, também assistimos a um processo de mudanças do

próprio Estado, e, apesar desses anos terem sido marcados por importantes processos políticos para a classe trabalhadora, como a redemocratização, as reações burguesas à crise do capital mundial que se iniciou nos anos 1970, aprofundaram as desigualdades sociais e introduziram as ideias neoliberais no país resultando em diversas consequências para as políticas sociais brasileiras em especial a política de saúde que passa a corresponder à maximização da lucratividade capitalista.

Nos anos 2000, os projetos de desenvolvimento nacional adotados pelos governos progressistas na América Latina como forma de enfrentamento aos impactos da *contrarreforma* neoliberal determinaram mudanças no cenário político econômico nos países desse continente (Mota; Amaral; Peruzzo, 2012) e indicaram para as classes sociais antagônicas brasileiras a ascensão dos seus interesses (de um lado, a inserção de milhões de trabalhadores no mercado formal de trabalho e um crescimento da renda média da classe, e de outro o crescimento do setor produtivo interno, beneficiando diversas frações de classe burguesas no país), sem romper com o domínio do capital financeiro internacional.

Nesse período, que se desenvolveu inicialmente no Brasil com a eleição do presidente Lula da Silva, abriram-se expectativas quanto aos rumos do Estado brasileiro no que se refere aos direitos sociais. Na política de saúde, a expectativa era de efetivação do SUS, na contramão dos interesses privatistas e do grande capital internacional (SOARES, 2010). Porém, apesar dos investimentos nas políticas sociais redistributivas como o Bolsa Família e o programa de Habitação Minha Casa Minha Vida, a expansão dos direitos universais como a saúde pública que dependiam, sobretudo, de uma reforma tributária, foram realizadas de forma insuficiente e muitas vezes sob uma lógica estratégica de desenvolvimento e de investimento público e privado, visando a garantia da lucratividade do capital a partir de subsídios do Estado.

Alguns elementos como a queda da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), a proposta de criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), e a expansão da oferta de planos privados de assistência à saúde para servidores públicos, ainda no primeiro mandato do presidente Lula da

Silva e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento do Plano Mais Saúde: direito de todos 2008-2011, conhecido como o PAC da saúde, já no seu segundo mandato, expressaram o reconhecimento da saúde e seu complexo industrial como eixos estratégicos para o desenvolvimento nacional, nos moldes do projeto “neodesenvolvimentista”, favorecendo em alguns casos o projeto da Reforma Sanitária, nos termos de Bravo (2007), bem como o depósito da realização do direito à saúde na iniciativa privada - que contou com um significativo aumento do lucro líquido entre os anos 2003 e 2011 -, em detrimento de investimentos na esfera estatal.

Nos governos da presidenta Dilma Rousseff a formação de uma frente burguesa “antidesenvolvimentista” e o avanço do cerco rentista no país distanciaria ainda mais a efetivação do direito à saúde pela via pública estatal. Apesar do lançamento do programa “Inova Empresa” que pretendia injetar recursos no fomento a inovações tecnológicas em empresas de inúmeros setores industriais no país, dentre eles, da iniciativa privada da saúde, bem como nas universidades, laboratórios e centros de pesquisa públicos (ANTUNES, 2013), os impactos da economia internacional na economia brasileira, como o baixo crescimento do PIB em 2012, e o surto inflacionário anunciado em janeiro de 2013, tornaram cada vez mais difícil a continuidade do projeto iniciado nos governos Lula da Silva (SINGER, 2015).

No SUS os impactos dessa crise ocorreram basicamente nos incentivos financeiros realizados através da concessão do seu fundo público à iniciativa privada, por meio da permanência do mecanismo de renúncia fiscal concedidos aos planos privados de assistência à saúde, permissão da abertura do capital privado estrangeiro para exploração das ações e serviços de saúde, além da adoção de ajustes fiscais com considerável redução para os recursos da saúde (MENDES, 2015). Expressam os retrocessos na saúde pública e concessão dos seus serviços à iniciativa privada, dentre outros, o processo de privatização do maior sistema hospitalar público composto por hospitais universitários, que em março de 2014 já contava com 23 hospitais em contrato com a empresa de natureza privada – EBSEH (sendo este número atualizado para 39 hospitais), e a aprovação da

Emenda Constitucional nº 86/2015, que modificou a base de cálculo do financiamento federal da saúde.

Esse cenário, foi agravado pelo impeachment da presidente Dilma Rousseff em 2016. Não mais interessada no projeto neodesenvolvimentista a ofensiva restauradora do grande capital internacional e das frações da burguesia brasileira a ele associadas, encontrou, então, caminho livre para avançar dando início ao “golpe midiático-jurídico-parlamentar” implementado por deputados e senadores profundamente envolvidos em casos de corrupção (cerca de 60%), que levou à presidência do Brasil o presidente interino Michel Temer. Nesse contexto, um novo regime fiscal que prevê o congelamento dos gastos públicos sociais e ameaça o conjunto das políticas sociais foi aprovado através da EC 95/2016, implicando para a saúde pública uma perda acumulada de, aproximadamente, R\$ 654 bilhões, até o ano de 2036 (COSEMS, 2016).

A crise orgânica brasileira, cujas raízes encontram-se na própria estrutura social de um país que vive há cerca de 3 anos em forte recessão econômica, impulsionada pelos recentes cortes dos gastos federais, atingiu fortemente a classe trabalhadora, elevando o desemprego e dificultando o acesso aos direitos sociais, mas também afetou de maneira geral os lucros das empresas que durante os anos de crescimento econômico, contaram com forte apoio estatal e foram beneficiados com o aumento do consumo de massas (BRAGA, 2016). Todas essas atuais configurações têm impactos no mercado de planos privados de assistência à saúde, que em março de 2017 voltou a registrar o praticamente o mesmo número de beneficiários que possuía em dezembro de 2012.

Diante desse cenário, o Ministério da saúde do governo Michel Temer vem incentivando a formulação da proposta de “planos acessíveis” de saúde, que prevê a diversificação da oferta de planos privados de assistência à saúde através de opções como *planos simplificados* e *planos em regime misto de pagamento*, ancorados numa cobertura de serviços restritos e preços mais baixos que estão, atualmente, em processo de análise na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nesse contexto inegável de aprofundamento da luta de classes, particularmente, a partir dos anos em que assistimos a formação de uma frente burguesa antidesenvolvimentista e o avanço do cerco rentista no país no início do segundo mandato da presidenta Dilma Rousseff, se acentuaram também os ataques do grande capital à Constituição Federal vigente e às Leis que regulamentam os direitos sociais nela previstos, conduzindo-os por caminhos da lucratividade através de diversos mecanismos de inserção da classe burguesa no Poder Legislativo, como a técnica de financiamento privado de campanhas eleitorais, que atua na influência da tomada de decisão dos parlamentares responsáveis pela formulação de novas Leis e alteração nas já conquistadas.

Essa técnica de dominação ou de influência na conduta dos parlamentares foi utilizada fortemente pelas empresas de planos privados de assistência à saúde, nas eleições de 2010 e 2014, evidenciando que há elos bastante estreitos desse setor empresarial com o Poder Legislativo Federal (SCHEFFER; BAHIA, 2013; 2015) e que podem se expressar numa concessão de favores, vantagens, ou representação privilegiada dos interesses desse mercado da saúde privada, em detrimento da formulação de Leis que garantam o direito à saúde pública. Que interesses são esses que podem ser percebidos na relação entre o mercado de planos privados de assistência à saúde e o Estado, no âmbito do Poder Legislativo Federal brasileiro, particularmente no que se refere à expansão desse mercado?

Para compreender essa questão, a presente dissertação tem como principal objetivo analisar os interesses dos planos privados de assistência à saúde, suas determinações e mediações no âmbito do Poder Legislativo Federal no período 2011-2016, particularmente no que se refere às necessidades de expansão do seu mercado.

A percepção de que as empresas de planos privados de assistência à saúde atuam no Congresso Nacional através da influência dos parlamentares, leva a crer que o Poder Legislativo Federal no Brasil não está dissociado da dinâmica do desenvolvimento capitalista, em que as instituições de poder político fazem parte de uma unidade hegemônica burguesa incapaz de realizar a superação do modelo

arcaico e conservador das estruturas sociais, própria da sua condição de dependência aos países de capitalismo central.

A fundamentação teórico-metodológica dessa pesquisa encontra suas bases no método materialista histórico e dialético. A referida forma de capturar a realidade consiste em articular a singularidade, (o fenômeno aparente, imediato e empírico) à universalidade (essência do fenômeno, do objeto), por meio das particularidades (mediações) (LARA, 2007). Nessa perspectiva de desvelamento das mediações entre aparência e essência, empreendemos um processo de pesquisa de natureza qualitativa em que realizamos:

- a reconstrução teórico-metodológica do objeto de estudo, que incluiu levantamento e análise de bibliografias para o aprofundamento teórico sobre conceitos, categorias (classe social, interesses das frações de classe, interesses econômico-corporativos, hegemonia, Estado, neodesenvolvimentismo), bem como dados que orientaram todo o processo de pesquisa.
- levantamento e análise de três proposições legislativas, de autoria dos Deputados Federais que receberam financiamento privado de campanha dos planos privados de assistência à saúde nas eleições de 2010 e 2014, cuja temática das proposições está vinculada aos tipos de planos “coletivos”, visto que no período dos anos 2000 a 2014, foi o tipo de contratação que mais cresceu no setor de planos privados de saúde. As amostras da pesquisa foram extraídas do sítio eletrônico da Câmara dos Deputados Federal, em uma busca por PLs e PECs que possuíssem na ementa ou na indexação as palavras-chave “saúde” e “assistência médica”.

A apresentação do conjunto de nossa análise está estruturada em três capítulos e considerações finais:

- no capítulo 1, discutimos os interesses de classe e seus traços na política de saúde, particularmente, no segmento de planos privados de assistência à saúde, e as particularidades desses interesses a partir do projeto neodesenvolvimentista;

- no capítulo 2, analisamos o mercado de planos privados de assistência à saúde, no período dos anos 2000 a 2016, com o objetivo de apreender suas características recentes e, em seguida, discutimos as relações desse mercado com Poder Legislativo Federal brasileiro;
- no Capítulo 3, apresentamos e analisamos as proposições legislativas selecionadas, buscando identificar em que medida as proposições atendem às demandas particularistas dos planos privados de assistência à saúde no que se refere à expansão do seu mercado e quais as possíveis ameaças ao direito à saúde a partir dessas proposições;
- nas considerações finais, realizamos as análises conclusivas em relação aos nosso objetivo de pesquisa considerando as determinações e mediações dos interesses representados pelos parlamentares no Poder Legislativo Federal, bem como as consequências da influência das empresas de planos privados de assistência à saúde nessa esfera de Poder, restritivas do direito à saúde.

2 AS CLASSES SOCIAIS E OS INTERESSES BURGUESES NA SAÚDE

Discutiremos, nesse capítulo, os interesses de classe presentes na política de saúde brasileira, sua vinculação com os projetos sociopolíticos e com as necessidades do capitalismo contemporâneo. Para isso, iniciaremos a discussão sobre as classes sociais, suas dimensões no Estado e na sociedade civil, como se desenvolveu a hegemonia burguesa no Estado brasileiro, sua incorporação nas políticas sociais e seus traços na política de saúde, particularmente, no segmento de planos privados de assistência à saúde¹. Num segundo momento, realizaremos uma síntese sobre os interesses da burguesia brasileira, a partir dos anos 2000, buscando compreender quais as possibilidades de se estruturar um sistema de saúde público, universal e de qualidade, a partir de um Estado com vínculos estreitos com os interesses do mercado de planos privados de assistência à saúde.

2.1 As Classes sociais e a trajetória dos planos privados de assistência à saúde no Brasil

A categoria marxista *classes sociais* surge como elemento novo na problemática da representação de interesses². Com sua expressão teórico-política ressaltada no Manifesto do Partido Comunista, de 1948, Marx critica o Estado restrito, denominado por ele como “comitê executivo” para gerir os negócios da burguesia, uma vez que representava não o interesse de todos, mas dos

¹Plano privado de assistência à saúde é o termo formalmente preferido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para referir-se ao contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais à saúde, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor, às expensas da operadora. Portanto, no presente trabalho, a utilização da nomenclatura “planos privados de assistência à saúde” corresponde ao segmento de planos e seguros médico-hospitalares, inseridos no setor.

² A questão da representação de interesses aparece desde Aristóteles. Para o filósofo, a legitimidade de um governo, independentemente de quem o exercia, se dava pela representação de um interesse comum como algo mais substantivo do que a soma do interesse de todos. Mas, essa noção de interesse comum desapareceria com o pensamento político moderno, embora tenha exercido papel decisivo nas obras de Rousseau (COUTINHO, 1995).

proprietários dos meios de produção (burguesia) e utilizava a coerção para exercer sua arbitragem entre os interesses conflitantes (MARX, 2008).

Marx identificou que o verdadeiro sujeito da história não seria o indivíduo³, mas as classes sociais, tendo os indivíduos interesses comuns quando são membros de uma mesma classe. E mais, além de representar os interesses da classe dominante (a classe burguesa), o Estado seria também o instrumento que materializa e organiza esses interesses comuns da burguesia, sem, necessariamente, representar os interesses de cada um dos burgueses, mas excluindo todos os demais não pertencentes à essa classe através do uso da força (MARX, 2008).

Para Marx, é no processo de transição e consolidação da sociedade capitalista que as determinações estruturais - relacionadas ao papel de cada grupo social no terreno da produção e reprodução da vida social- se definem e delimitam o terreno no qual se desenvolve a luta pela mudança ou conservação do modo de produção capitalista. Assim, o ponto de partida para a compreensão das classes e de seus interesses, segue sendo o papel que ocupam diante da propriedade dos meios de produção, desde que não se entenda isso de forma estática. O que

³A concepção individualista ocupa um lugar central na teoria social moderna, com a expansão da sociedade capitalista. Sinônimo de benefício material, a busca do “interesse pessoal” aparece como um fator positivo e favorável à ordem social e progresso da civilização. Marcam o debate sobre os interesses na teoria social moderna o contratualismo lockiano onde a passagem do estado de natureza para a sociedade civil se daria através de um governo que assegurasse a expansão dos direitos naturais do indivíduo numa esfera de livre mercado. Seria responsabilidade do Estado, garantir que os interesses se explicitem na esfera privada, sem nela intervir (COUTINHO, 1995).

Para Locke, o direito à propriedade privada (sem distinção entre os homens proprietários dos meios de produção ou apenas da sua força de trabalho) seria a maior manifestação de liberdade, devendo o Estado conservar o seu livre direito à compra e venda no mercado. Nesse Estado liberal clássico, a proibição de intervir no mercado, ou seja, na ordem econômica, e de violar o direito à propriedade, representa objetivamente os interesses de uma classe que se beneficia da compra da força de trabalho alheia: a dos proprietários dos meios e produção (COUTINHO, 1995).

Marcam fortemente a quase totalidade desses Estados liberais originários, nos séculos XVIII e XIX, regras de exclusão que restringiam fortemente os “direitos políticos”. Nas ideias de Benjamin Constant, os direitos políticos (direito de voto, de participação na formação e na ação do governo) deveriam ser restritos aos proprietários de bens e capazes de pagar impostos. Dessas formulações, Kant dividiria os cidadãos em “ativos” que podiam votar e ser votados, e os “passivos” que se resumiam às mulheres e trabalhadores excluídos da vida política, por não possuírem capacidade de julgamento próprio (COUTINHO, 1995).

determina as classes, portanto, é a contradição existente nesse modo de produção, que indica as possibilidades históricas do desenvolvimento das classes em luta pela tradução de seus interesses particulares em interesses universais (MARX, 2008).

Ao estudar os desafios para a tomada do poder político na Itália, sob o domínio do capital monopolista, o pensamento Gramsciano renova a concepção marxista do Estado. Para o pensador, o Estado não se refere a uma instituição determinada ou a um conjunto dessas. Esse, compreende o processo mais geral de organização de uma classe dominante para exercer poder sobre a totalidade social, o que significa converter seus interesses particulares de classe em projeto organizador das práticas e concepções de uma gama ampla e diversa de grupos subordinados. Tal exigência no exercício da dominação faz com que a burguesia opere uma socialização da política, desenvolvendo o equilíbrio entre as funções de força e consenso na construção de *hegemonia* (MARA 2016).

A construção da hegemônica pressupõe, portanto, a necessidade de levar em conta os interesses e as tendências dos grupos sobre os quais ela é exercida. É necessário balancear os interesses econômicos com as necessidades da dominação não só pela força, mas também pelo consenso gerando certo equilíbrio de compromisso, o que exige do grupo dirigente certos sacrifícios em seus interesses imediatos de classe. Tais sacrifícios ou reformas na ideologia burguesa têm, contudo, um limite bem determinado. Elas não podem atingir, evidentemente, o núcleo estratégico da dominação (MARA, 2016, p. 66)

De acordo com Coutinho (1995), a partir da segunda metade do século XIX, a emergência de uma pluralidade de interesses coletivos, organizados no cenário político-social, ou seja, o surgimento de partidos e sindicatos de massas, e a crescente participação das classes populares na luta por direitos políticos e sociais (como as lutas pela diminuição da jornada de trabalho), indicou um fato novo, de no interior da ordem burguesa, ainda que sob a dominação de um Estado capitalista, ter lugar a representação de interesses das classes subalternas e conseqüentemente a formulação de políticas que respondessem a essas demandas.

Nesse cenário, são realizadas as concessões às classes dominadas, para que os interesses de tal classe sejam representados no Estado e influam em políticas públicas, mas, sem ampliar o nível de satisfação desses interesses, ou demandas sociais, a um ponto que impeça a reprodução do capital global e coloquem na ordem do dia a necessidade do socialismo, nem reduzir esse nível abaixo do limite mínimo das regras consensuais que fundamentam a ordem liberal-democrática (COUTINHO, 1995). Eis, em Gramsci, os limites objetivos para as diversas tentativas de conciliação dos interesses de classe (DIAS, 2006).

Assim, ao contrário do uso corrente do termo na atualidade, em Gramsci, sociedade civil descreve um momento do próprio Estado (sociedade política), correspondendo à sua ampliação para além do uso da coerção e atuando na esfera onde as classes se organizam para defender seus interesses e colocam em disputa projetos societários antagônicos. (MARA, 2016). Diante do surgimento da sociedade civil, também pode-se perceber a forma corporativa de representação de interesses, em que os interesses representados passam a ser de corporações particulares, entendidas como várias pequenas elites representativas de múltiplos interesses que concorrem entre si (COUTINHO, 1995).

Nessa perspectiva, são os aparelhos privados – instituições pertencentes às elites econômicas e políticas-, que ajudam a construir o consenso através da hegemonia que exercem no seio da Sociedade civil. Essas instituições cumprem o papel de perpetuação da forma social dominante pela redução da contradição em diferenças passíveis de normalização e repressão, e das classes aos indivíduos. Ou seja, o sujeito de direito é sempre o indivíduo, quase nunca o coletivo, na institucionalidade burguesa, pois na sociedade capitalista constituída por contradições classistas, os antagonismos jamais poderão ser suprimidos (DIAS, 2006).

Para Fernandes (1975a), no Brasil, as disputas dos projetos societários antagônicos das classes, se iniciam em meio às particularidades de um Estado ainda características fortemente autoritárias e autocráticas, pois, o processo pelo qual a burguesia brasileira se consolida enquanto classe e molda suas instituições de dominação – processo compreendido por Florestan Fernandes como Revolução

Burguesa -, se operou sem ruptura com seu passado colonial e com a dominação externa (FERNANDES, 1975a):

A dominação burguesa se associava a procedimentos autocráticos, herdados do passado ou improvisados no presente, e era quase neutra para a formação e a difusão de procedimentos democráticos alternativos, que deveriam ser instituídos (na verdade, eles tinham existência legal ou formal, mas eram socialmente inoperantes) (FERNANDES, 1975a, p. 206 e 207).

Nesse contexto, Fernandes ressalta o elemento histórico do esforço da manutenção da autocracia burguesa pelas elites, ao mesmo tempo em que registra o aparecimento de elementos de “oposição dentro da ordem”, “ a partir de cima”, nos limites dos seus próprios interesses econômicos, sociais e políticos e convertidos automaticamente nos “interesses da ordem” ou “da nação como um todo”, culminando no que chamou de *consolidação conservadora* da dominação burguesa no Brasil.

Essa consolidação do poder burguês exigia a manutenção da dependência e a articulação entre atraso e modernização das relações sociais. Ou seja, corresponder às exigências de industrialização crescentes a partir do início do século XX, no processo de ruptura com o período colonial, exigia conter o crescimento das transformações estruturais nos estreitos limites da estrutura concentradora de riqueza e poder herdada do passado, convertendo o crescimento econômico no crescimento da própria dependência externa (MARA, 2016).

É nesse sentido que, a partir de 1930, parte da burguesia brasileira passou a conviver com a pressão de um desenvolvimento que conferisse garantias econômicas, sociais e políticas ao capital estrangeiro, e que ao mesmo tempo contemplasse aos interesses dos “círculos conservadores influentes”, nas condições de um capitalismo dependente e subdesenvolvido. Nesse período, o controle direto do Estado surgia como a única garantia de autoproteção, além de melhorar a sua capacidade de relacionamento com o capital financeiro internacional e maior

controle da situação econômica interna, com a fixação de uma política econômica destinada a acelerar o desenvolvimento capitalista (MARA, 2016).

Nesse contexto, a reorientação da política econômica sob a égide do Estado foi determinante para a manutenção das relações de dependência externa:

Coerente com a sua lógica econômica e política, o poder burguês fez da iniciativa privada e de seu sistema um verdadeiro bastião, que protege e une os interesses privados internos e externos (agora associados ao poder público também ao nível econômico). Em nome do “desenvolvimento econômico acelerado”, ampliou-se e fundou-se, portanto, a incorporação da economia nacional e as estruturas nacionais de poder à economia capitalista mundial e às estruturas capitalistas internacionais de poder (FERNANDES, 1975a, p. 219 e 220).

Ou seja, embora esse processo pelo qual a burguesia brasileira se consolida enquanto classe não tenha sido a primeira que se concretizou por via autocrática nem tampouco a última, no Brasil, a dominação burguesa se processou em condições econômico e histórico-sociais específicos, que reforçaram a sua inflexibilidade e a sua decisão de empregar a violência institucionalizada na defesa de *interesses materiais privados, de fins políticos particularistas*”, e que “tornaram a sociedade brasileira potencialmente explosiva, com o recrudescimento inevitável da dominação externa, da desigualdade social e do subdesenvolvimento” (FERNANDES, 2005, p. 258).

É a partir desse cenário de consolidação do poder burguês no Brasil, que a classe operária brasileira e a estruturação da política de saúde também surgem. As reivindicações da classe trabalhadora, em pleno processo de industrialização, por melhores condições de vida e trabalho, incluíam as condições sanitárias, as demandas por acesso aos serviços de saúde (SOARES, 2010). Essas reivindicações das *classes dominadas* foram incorporadas pelo Estado brasileiro, influenciando em políticas públicas, entretanto, sem ampliá-las a um nível que impedisse a reprodução do capital e colocasse em xeque a hegemonia das classes dominantes.

É interessante notar que a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominantes. Por um lado, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pauta de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Por outro, representam a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis – como demonstra a expansão das políticas sociais no Brasil, nos períodos de ditadura (1937-1945 e 1964 – 1984), que as institui como tutela e favor: nada mais simbólico que a figura de Vargas como “pai dos pobres”, nos anos 1930 (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 78 e 79).

Fica claro, então, que desde os seus primórdios, as políticas sociais no Brasil acompanham a instabilidade política e das instituições, aparelhos privados de hegemonia, com dificuldades de se configurar em pactos duradouros, uma vez que, as classes dominantes de perfil autocrático nunca tiveram compromissos democráticos ou redistributivos.

Nesse cenário, as medidas de proteção social no país, incluindo a política de saúde, foram instituídas de forma fragmentada, frágeis e esparsas, distante da perspectiva de universalização, e relacionadas às categorias de trabalhadores estratégicas para o capital, ou seja, diretamente envolvidas no processo de produção e circulação de mercadorias. Em 1923, através da Lei Eloy Chaves, orientada pela lógica contributiva do seguro, são instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), para a categoria de trabalhadores ferroviários e, posteriormente, estendida para outras categorias como marítimos e portuários. As CAPs, junto aos Institutos de aposentadoria e pensão (IAPs), foram as formas originárias da previdência social brasileira e tinham como objetivo a prestação de serviços de âmbito previdenciário (pensão e aposentadorias) e assistência médica aos filiados e dependentes através de uma rede própria de serviços – fragmentando a política de saúde em dois setores: a saúde pública e a medicina previdenciária (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Esse período de introdução da política social brasileira teve seu desfecho com a Constituição de 1937, que ratificava a necessidade

do reconhecimento das categorias de trabalhadores pelo Estado – e finalmente com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), promulgada em 1943, que sela o modelo corporativista e fragmentado do reconhecimento dos direitos no Brasil. (...) estava, então, desenhada a arquitetura formal-legal da relação do Estado com a sociedade civil, e que marcou profundamente o período subsequente de expansão fragmentada e seletiva das políticas sociais, que segue até 1964 (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 108).

Percebe-se, portanto, que a organização política dos trabalhadores no Brasil, (influenciados pelas experiências da luta de classes internacional⁴), foi fundamental para o enfrentamento das expressões da questão social⁵ (BEHRING; BOSCHETTI, 2009), forçando uma ampliação do Estado, através de uma incipiente legislação. Ou seja, a força do Estado burguês torna-se insuficiente, sendo o consenso (através das políticas sociais) fundamental para a manutenção da ordem burguesa.

Após esse período de introdução da política social brasileira, marcado com a Constituição de 1937, e a sua expansão, até 1964, em alguns momentos mais lenta e seletiva do que em outros - variando conforme a intensificação da luta de classes e disputa por hegemonia entre os setores burgueses -, o golpe militar que instaurou uma ditadura no Brasil, em 1964, impulsionou um novo momento de *modernização conservadora* no país, com importantes consequências para as políticas sociais, particularmente, para a política de saúde (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

A partir de 1964, no período autocrático burguês, a racionalidade hegemônica da política de saúde brasileira incorpora novas características e intensifica outras. Em 1966, a previdência social é unificada com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), há a ampliação da cobertura das categorias de trabalhadores, particularmente dos trabalhadores assalariados formais, com exceção dos trabalhadores rurais, domésticos e

⁴A exemplo da Revolução Russa de 1917, que derrubou a autocracia russa e levou ao poder o Partido Bolchevique, de Vladimir Lênin.

⁵Segundo Yamamoto (1999, p. 27), a questão social pode ser definida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

autônomos, que são incorporados após 1971, como também o completo alijamento dos trabalhadores da gestão da política, passando a ser exclusivamente financiadores (SOARES, 2010, p. 32).

Nesse cenário, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passa a articular a prestação de serviços de assistência médica aos trabalhadores das empresas, através dos chamados convênios-empresa, se desobrigando ao atendimento dos empregados, ao mesmo tempo em que dispensava parte das contribuições das empresas empregadoras à Previdência⁶. Tal iniciativa, funcionou como um estímulo ao empresariamento de uma rede de prestadores privados de saúde, como hospitais e laboratórios, bem como o comércio de planos privados de assistência à saúde (BAHIA, 1999).

Ao serem incorporados à previdência social, os setores empresariais voltados para a assistência à saúde sofreram alterações em suas atividades e, conseqüentemente, passaram a redirecionar suas estratégias políticas no sentido da constituição e ou preservação de regras que lhe fossem favoráveis (MENICUCCI, 2003, p. 78).

De acordo com Menicucci (2003), visando uma maior efetividade na representação dos seus interesses frente às demandas de organização do setor e concorrência entre as empresas, na década de 1960 as empresas médicas e hospitalares criaram novos órgãos de representação. Surgiram a Federação Brasileira dos Hospitais Credenciados pela Previdência Social, que se transformaria posteriormente na Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

A autora alerta que as relações entre os interesses dos empresários do setor de saúde privada e a política dos anos 1960 não podem ser entendidas como uma “simples relação causal entre interesses econômicos e a criação de um determinado

⁶ Os primeiros convênios tripartites – previdência social/empresaempregadora/empresa de medicina de grupo – surgiram no âmbito dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). O primeiro foi estabelecido em 1964 com a Volkswagen (MENICUCCI, 2003, p. 84).

formato de saúde” (MENICUCCI, 2003, p. 63). As ações do Estado teriam responsabilidade direta na estruturação desses interesses, imbricando-os ao setor público como o mecanismo pelo qual se garantirá a ampliação da cobertura assistencial da saúde:

A política de saúde, nesse período, passou a privilegiar a assistência médica previdenciária em detrimento da saúde pública. Além disso, o aparato hospitalar privado tornou-se central no atendimento dos segurados, respondendo às necessidades das grandes multinacionais da área de equipamentos médicos e de medicamentos, além da própria rede privada de serviços. O setor saúde cresce em relevância dado o seu lugar privilegiado para a reprodução dos trabalhadores e, dialeticamente, para a necessidade de ampliação do mercado privado para o grande capital nacional e internacional (SOARES, 2010, p.33).

Assim, num movimento de priorização da saúde privada que se estendeu durante os anos de ditadura militar, a saúde pública ficou restrita a ações pontuais realizadas com poucos recursos. Essa situação se agravou nos anos 1970, com a crise econômica estrutural do capitalismo mundial, quando até mesmo os convênios-empresa vinculados à previdência foram extintos, em 1979. No entanto, muitos contratos das empresas com grupos médicos permaneceram de maneira autônoma, observando-se a partir do final da década de 80, com a inserção das seguradoras como ofertantes de seguros privados de saúde, um relevante crescimento desse mercado privado (BAHIA, 1999).

Nesse período, as lutas provenientes das insatisfações dos trabalhadores com os convênios-empresa e do contingente de trabalhadores brasileiros que não integrava o mercado formal de trabalho e, por isso, não tinham direito à saúde, além da retomada do movimento sindical nas lutas pela redemocratização do Brasil, colocaram na agenda política novos atores sociais que reivindicavam a chamada Reforma Sanitária. O movimento de Reforma Sanitária, além de se confrontar com a privatização da medicina previdenciária e se opor à regulação da saúde pelo mercado (MEDEIROS, 2008), tinha como meta a progressiva expansão e fortalecimento do setor de saúde estatal nos níveis federal, estadual e municipal,

através do Sistema Único de Saúde (SUS) e a defesa de que o setor privado deveria ser subordinado ao Estado, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados (CORREIA, 2015).

Os resultados das disputas entre os interesses privatistas e os interesses do Movimento de Reforma Sanitária, nos anos 1980, constituíram o arcabouço legal do SUS – Art. 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, que garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, e um sistema público de saúde. Entretanto, também garantiu que a assistência à saúde ficasse livre à iniciativa privada, estabelecendo as instituições privadas como complementares ao SUS, abrindo precedentes para a continuidade da compra e venda da saúde ao livre mercado, e da compra, pelo setor público, de serviços no setor privado (CORREIA, 2015).

Nesse contexto, em que se reconfigurou a política de saúde brasileira, mais precisamente, entre os anos 1980 e 1990, também assistimos a um processo de mudanças do próprio Estado capitalista. Apesar de, no Brasil, esses anos terem sido marcados por importantes processos - como a redemocratização do país, após 20 anos de ditadura militar, a convocatória da Assembleia Constituinte para elaboração e aprovação da Constituição de 1988, a criação de organizações de trabalhadores que se tornaram instrumentos da luta dos trabalhadores, tanto da cidade como do campo, como por exemplo o Partido dos Trabalhadores (PT), a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) -, as reações burguesas à crise do capital mundial que se iniciou nos anos 1970⁷,

⁷ De acordo com Castelo (2013), um déficit na balança de pagamentos e o surgimento de movimentos reformistas e revolucionários de conquista do poder - como o de Salvador Allende no Chile e a Frente Sandinista na Nicarágua, para ficar nos exemplos de países latino-americanos historicamente periféricos-, enfraqueceram a posição internacional dos Estados Unidos e abriram espaço para projetos de desenvolvimento nacional, com relativa autonomia à dominação imperialista. “Nações do Oriente Médio, Leste Asiático e América Latina estabeleceram estratégias de aprofundamento de seus processos de industrialização, rompendo com o esquema clássico da divisão internacional do trabalho, no qual países do centro produziam manufaturados e países periféricos, mercadorias primárias” (CASTELO, 2013, p. 165).

Vale lembrar que, logo em seguida, medidas contrarrevolucionárias foram colocadas em prática - um contra-ataque do avanço do socialismo - com o apoio militar e financeiro dos países imperialistas que financiaram golpes ao redor do mundo. “Na América Latina, apoiaram diretamente o golpe de Pinochet; na Nicarágua, como o financiamento e treinamento dos Contras e a invasão da ilha de

aprofundaram as desigualdades sociais e introduziram as ideias neoliberais no país, resultando em diversas consequências nas políticas sociais brasileiras, em especial na política de saúde, estabelecida no marco legal, mas ainda distante de se efetivar.

No Brasil, a chegada do neoliberalismo, ou da chamada *contrarreforma*⁸ do Estado brasileiro se daria, portanto, com a abertura comercial impulsionada pelo ex-presidente Collor, que venceu as eleições para a presidência do país em 1989, tendo continuidade com a chegada de Fernando Henrique Cardoso (FHC) à presidência, que reunificou os interesses burgueses internos com as exigências da dominação imperialista no continente, em torno do Plano Real (MARA, 2016).

No primeiro governo FHC, de acordo com Filgueiras (2014, p. 36) o aprofundamento do neoliberalismo e do processo de privatizações consolidou o capital financeiro no interior do bloco no poder⁹ da macroeconomia brasileira:

O elemento central do regime de política macroeconômica é a chamada “âncora” cambial, com a valorização da moeda e o agravamento dos déficits da conta de transações correntes do

Granada, em 1983. No Oriente Médio, deram todo o suporte logístico a Israel em suas guerras contra os países árabes e islâmicos, estabelecendo na região uma espécie de protetorado avançado” (CASTELO, 2013, p. 166).

Assim, com a queda do socialismo real retomava-se a supremacia estadunidense em torno de um sistema internacional e marcava o triunfo do capital. Essa retomada do controle também provocada pelo endividamento dos países periféricos, teria promovido um realinhamento entre os países da periferia do capital e os próprios países imperialistas (CASTELO, 2013).

Castelo indica que os ensaios da ditadura militar de Pinochet no Chile (1973), e os governos de Margaret Thacher na Grã-Bretanha (1973) e Ronald Reagan nos Estados Unidos (1980) podem ser identificados como prelúdios do neoliberalismo. No entanto, o processo de legitimação do neoliberalismo ao redor do mundo não ocorreu sem contradições e resistências nacionais, demorando a se concretizar como um consenso – o que aconteceu apenas em 1990, no Consenso de Washington (CASTELO, 2013).

O projeto neoliberal tornava-se, então, uma realidade, por meio de eleições com candidaturas conservadoras e movidas por interesses da burguesia rentista que traziam em seus discursos, principalmente para os países da periferia do capital, a “salvação” diante do fim do desenvolvimentismo, ou seja, do processo de industrialização via substituição de importações (O modelo de substituição de importações é um modelo de industrialização tardia que caracteriza os países latino-americanos, entre 1930 e 1960, aproximadamente) (CASTELO, 2013)

⁸ De acordo com Behring (2003, p. 113), o Brasil adentrou num período marcado por uma nova fase ofensiva burguesa, mais uma vez adaptando-se às requisições do capitalismo mundial. É um momento histórico com características diferentes do pós-64. Mas certamente configura-se como uma contrarreforma social e moral, na perspectiva de recompor a hegemonia burguesa no país.

⁹A noção de fração de classe e bloco no poder é geralmente atribuída à Poulantzas (1977).

balanço de pagamentos do país. A eclosão de uma crise cambial em fins de 1988, com fuga de capitais no início de 1999, decretou o fim desse regime, evidenciando a impossibilidade da continuação de uma hegemonia estrita do capital financeiro. Essa foi apenas mais uma das inúmeras crises cambiais fabricadas pelo capital financeiro na década de 1990, como a do México (1994-1995), as do Leste da Ásia (1997) e a da Rússia (1998), além da Argentina na década seguinte.

Filgueiras (2014) explica que com o fim da “âncora” cambial, no seu segundo mandato, FHC apostou numa política econômica baseada em metas de inflação, superávit fiscal primário e câmbio flutuante, com o fortalecimento do agronegócio e da indústria extrativa mineral, ou seja, estaria essa fração do capital - produtora-exportadora de commodities- ampliando seu espaço no bloco do poder.

A atividade dessa fração do capital, que propicia a obtenção de superávits comerciais, é decisiva para possibilitar a remessa de lucro e juros do capital estrangeiro, em especial do financeiro, além de reduzir a vulnerabilidade externa da economia brasileira. Essa primeira inflexão do padrão de desenvolvimento, com a alteração do regime de política macroeconômica e o fortalecimento de outra fração do capital no interior do bloco no poder, coincide com o início da ascensão de um novo ciclo econômico mundial: produtivo, comercial e financeiro “puxado” pelos Estados Unidos e pela China (FILGUEIRAS, 2014, p. 37).

Durante esses governos, se intensificaram os debates em torno dos planos privados de assistência à saúde com base em interesses econômicos. Nesse período, a responsável pela regulação dos seguros no país (incluindo os seguros de saúde), a Superintendência de Seguros Privados (Susep), do Ministério da Fazenda, mostrava-se preocupada em conter a evasão fiscal e a inobservância do congelamento de preços praticadas pelas empresas durante o plano Cruzado e outros que o sucederam. Para a Susep, as empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde prestavam serviços semelhantes ao das seguradoras e, por isso, não deveriam ter o benefício das isenções fiscais - na maioria dos casos as empresas eram registradas juridicamente como sem fins lucrativos (BAHIA, 1999).

No entanto, as propostas da Susep encontraram resistências entre as demais modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde representadas pela ABRAMGE, que acusava a superintendência de submeter as empresas de medicina de grupo, prestadoras de serviços médico-hospitalares e organizações de manutenção da saúde, à lógica dos seguros-saúde, que funcionavam como um mero reembolso de dinheiro de capital segurado (BAHIA, 1999). A ABRAMGE teria encontrado importante apoio de personalidades políticas, como o ex-Ministro do Trabalho Almir Pazzianoto, que participou da cerimônia de fundação do Conselho de Auto-regulamentação das Medicinas de Grupo (CONAMGE), o ex-presidente do INPS e integrante da equipe de elaboração do plano de saúde para o Governo Collor, Reinhold Stephanes, além de sindicalistas e provedores de serviços (BAHIA, 1999).

A Susep também se tornou porta-voz da tentativa de participação do capital estrangeiro na comercialização de planos privados de assistência à saúde, na previdência complementar e na cobertura dos riscos do trabalho assalariado¹⁰. Após a derrota da proposta de reforma da previdência complementar privada e ampliação da quantidade de trabalhadores cobertos por planos privados de assistência à saúde, os debates que contemplavam interesses das modalidades das empresas do setor foram importadas da Susep (Ministério da Fazenda) para o Ministério da Saúde, inicialmente sob responsabilidade do Ministro da Saúde José Serra, que se apoiou em um discurso econômico sobre a imperfeição do mercado da assistência médica suplementar, para justificar a necessidade de regulamentação das operadoras do segmento. (BAHIA, 1999).

Sob condução do ministro da saúde José Serra, entraram em cena, novamente, a entrada do capital estrangeiro e a polêmica dos valores para o

¹⁰Fizeram parte dos debates do núcleo estratégico de formulação de políticas governamentais, iniciativas que se apresentaram como alternativas de redefinição da abrangência das atividades das empresas de planos privados de assistência à saúde através do projeto Seguro de Riscos Sociais, que previa a cobertura de acidentes de trabalho, doenças profissionais e as enfermidades comuns, do Ministério da Previdência e Trabalho. Para Bahia (1999, p. 252), esse projeto “se não estimulou, foi coetâneo com as modificações na natureza de grandes empresas médicas que trataram de se associar ou incorporar seguradoras ao seu grupo empresarial”.

ressarcimento do SUS¹¹, ao lado de novas propostas como planos sem restrições de cobertura, dependendo do contrato, e nova redação para o aumento do preço dos planos para pessoas acima de 60 anos. Essa combinação de mudanças que correspondiam, em parte, aos interesses das operadoras, estabeleceu o consenso necessário para a aprovação da legislação de regulação da assistência médica suplementar, já em 1998, através da Lei 9.656/98 (BAHIA, 1999).

De acordo com Bahia (2001, p. 336)

Em termos gerais, a lei 9.656 de 1998 é avaliada como um importante instrumento para coibir os abusos das operadoras de planos de saúde contra os consumidores. Poucos ousariam defender abertamente a não intervenção estatal sobre as operadoras de planos de saúde. Os conflitos só se manifestam quando se discute qual é o objeto e a intensidade da regulamentação.

Para a autora, o debate em torno da elaboração da Lei além de desvelar os abusos das operadoras contra os clientes, também remeteu à esfera pública as atribuições de regulação e controle das empresas. No entanto, não chegou a elaborar proposições efetivas para a regulação das extensas interfaces público-privadas da gestão dos riscos à saúde (BAHIA, 2001).

¹¹O uso do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde requer uma análise cuidadosa da agência reguladora, uma vez que é necessário identificar as hipóteses passíveis de ressarcimento ao SUS em contraposição aos casos em que os consumidores não se encontravam cobertos pelos contratos firmados com as operadoras. Em razão disso, constata-se que a utilização do SUS pelos beneficiários das operadoras apenas acarreta o dever legal de ressarcir nas hipóteses em que os atendimentos poderiam também ter ocorrido nos planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2016b).

Com o advento da alteração normativa promovida no artigo 32, § 1º, da Lei nº 9.656/1998, em razão da edição da Lei nº 12.469/2011, houve uma importante modificação no destino do repasse dos valores obtidos através do procedimento de ressarcimento ao SUS, vigorando que os pagamentos efetuados pelas operadoras à ANS devem ser repassados integralmente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para aplicação do recurso em programas e ações desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b).

Bahia (2001) destaca que mesmo com a regulamentação, houve uma relativa imunidade das intrincadas regras da Lei 9.656/98, em relação à intervenção estatal, a exemplo do recuo das hostes governistas no que se refere à ampliação de cobertura, permitindo a continuidade da oferta de planos privados de assistência à saúde com coberturas restritas. “Isso incidiu diretamente sobre outro pilar da regulamentação: o ressarcimento ao SUS, concebido para desestimular o atendimento de clientes de planos de saúde em estabelecimentos da rede pública e privada conveniada” (BAHIA, 2001, p. 338), uma vez que a ampliação de cobertura deveria corresponder idealmente a necessidade de um “ressarcimento zero”.

Nos governos FHC, o debate sobre a regulamentação dos planos privados de assistência à saúde crescia alinhado com o debate nacional de maior regulação dos mercados, e em meio às reformas institucionais que visavam a modernização da estrutura regulatória do Estado, consubstanciadas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PRDE), elaborado em 1995 pelo Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE). O plano previa a criação de agências reguladoras para os setores responsáveis pelo provimento dos serviços públicos e, impulsionou, no caso da assistência à saúde, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei 9.961, de 20 de janeiro de 2000” (MENICUCCI, 2003, p. 273).

A criação da ANS, ao lado da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a despeito dos questionamentos sobre adequação de seus modelos regulatórios aos objetos da ação governamental na saúde, é expressão institucional do alargamento das atribuições setoriais. A mudança radical da imagem de um ministério combatido, pedinte de recursos, para a de paladino da defesa dos direitos do consumidor de planos de saúde e medicamentos se corporifica em novas instituições, livres dos vícios da burocracia intervencionista tradicional. Ao mesmo tempo a ANS corporifica, reverbera conceitos e acolhe iniciativas conflitantes com as diretrizes de universalização, equidade e descentralização. A incorreta, mas legitimada, expressão saúde suplementar parece condensar as dificuldades para a formulação e implementação de políticas públicas para a regulação do mercado de planos de saúde (BAHIA, 2001, p. 338).

O processo conflituoso de criação da ANS, tendo em vista as dissensões entre os vários atores privados envolvidos, coincidiu com uma fase de baixo crescimento econômico do país que teria acumulado, no período entre 2000 e 2003, um produto interno bruto (PIB) em 9,7%. Nesse cenário, se observou uma perda da participação da saúde supletiva no PIB brasileiro, prejudicado, entre outros fatores, pela baixa evolução na criação de empregos formais, tendo em vista as características de vinculação de numerosa parte dos serviços da assistência supletiva aos planos oferecidos pelas empresas aos seus empregados, os planos coletivos empresariais (VIANA, 2012).

Como visto até aqui, a valorização do mercado de planos privados de assistência à saúde contou com o aparato do Estado brasileiro desde os seus primórdios, sendo esse processo intensificado com a contrarreforma do Estado, na década de 1990 (em 1998 o mercado já atendia cerca de 25% da população brasileira), mesmo após o recém-criado direito universal à saúde, estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

Esse período, de contrarreforma do Estado, trouxe em seu bojo velhos elementos dos interesses burgueses, particulares à nossa estrutura social, que são atualizados e agregados a novos conteúdos do capitalismo contemporâneo, sob o ideário neoliberal. Converter o crescimento econômico do país no crescimento da própria dependência externa, mantendo as estruturas de concentração de riqueza e desigualdade social, são elementos históricos da formação social brasileira e do Estado brasileiro, que, nessa fase do capitalismo, reforçou a convivência com a pressão de um desenvolvimento que conferisse garantias econômicas, sociais e políticas ao capital estrangeiro e, ao mesmo tempo, fosse regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados – inclusive o direito à saúde, que passa a corresponder à maximização da lucratividade capitalista. Partindo do pressuposto que há vinculações entre a política de saúde e as necessidades do mercado privado, quais as possibilidades, então, de estruturar um sistema de saúde público, universal e de qualidade, a partir de um Estado com vínculos estreitos com os interesses privados do empresariado dos planos privados de assistência à saúde? Como veremos posteriormente, nos anos 2000, o mercado de planos privados de saúde

tem um progressivo aumento na quantidade de beneficiários, mantendo-se até os anos de 2014 em crescimento.

No início dos anos 2000, a eleição do presidente Lula da Silva abriu algumas expectativas quanto aos rumos do Estado Brasileiro, historicamente autoritário e garantidor dos interesses burgueses. Na política de saúde, a expectativa era de efetivação do SUS, na contramão dos interesses privatistas e do grande capital nacional e internacional (SOARES, 2010). No entanto, o que se verificou nos anos dos governos neodesenvolvimentistas¹², foi uma vinculação das políticas sociais à uma cadeia de serviços, mercadorias e finanças, expressos na política de saúde pública através dos convênios com a indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de assistência à saúde, tornando-se espaço de lucratividade para o grande capital e correspondendo aos interesses de classe burgueses, como veremos a seguir.

2.2 A política de saúde na atualidade

A crise do neoliberalismo no final dos anos 1990, abriu caminho para governos progressistas na América Latina, como por exemplo no Brasil, Argentina, Uruguai, Bolívia, Equador e Venezuela, cujas formas de enfrentamento aos impactos da contrarreforma neoliberal, em defesa do desenvolvimento nacional, determinaram mudanças no cenário político e econômico desses países da periferia do capital¹³ (MOTA; AMARAL; PERUZZO, 2012).

¹² A crise do neoliberalismo no final dos anos 1990, indicou para o capitalismo brasileiro diferenças importantes tanto no que se refere ao modelo de desenvolvimento do período de 1930-1980, quanto às alterações no próprio modelo neoliberal de 1990, dando início ao que chamamos de “neodesenvolvimentismo” (BOITO Jr, 2012).

¹³ A tentativa de minorar os impactos das contrarreformas neoliberais e o crescimento dos movimentos anti-imperialistas e em defesa do desenvolvimento nacional, teria levado os ideólogos burgueses vinculados aos principais aparelhos de hegemonia imperialista, como o Banco Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) e o FMI, a incorporar nas suas agendas elementos de natureza social e a “criticar” a ortodoxia do Consenso de Washington, reformando a ideologia neoliberal com a incorporação da problemática da redução da pobreza e da admissão de um retorno

No Brasil, essas mudanças no cenário político e econômico tiveram início a partir do governo Lula da Silva, através do chamado projeto neodesenvolvimentista ou “social-liberal”, indicando para o capitalismo brasileiro o desafio de crescimento interno através do setor produtivo - mais especificamente, através dos setores da agroindústria, recursos naturais e indústria de transformação no segmento de baixa densidade tecnológica¹⁴ -, em um contexto mundial capitalista de acumulação financeira (BOITO JR, 2012).

Para Boito Jr. (2012), a novidade representada pelo governo Lula da Silva consistiria, portanto, na capacidade de promover a ascensão dos interesses das frações de *classe burguesas internas brasileiras*¹⁵, ligada ao setor produtivo, sem romper o domínio do capital financeiro internacional:

Essa fração da classe dominante local também quer a participação do capital internacional no capitalismo brasileiro. Ela não é nacionalista no sentido popular do termo. Porém, a grande burguesia interna – presente em diversos ramos da economia: indústria de transformação, mineração, prospecção e refino do petróleo, construção civil pesada, agronegócio, alimentos e bebidas – pretende regular essa participação e moldá-la de acordo com os seus interesses específicos (BOITO JR, 2013, p. 01).

Nesse período, o plano interno da economia-política do país foi condizente com os interesses da burguesia “interna” brasileira, no enfrentamento da queda da

do papel do Estado como indutor do desenvolvimento operando nas falhas do mercado (MOTA; AMARAL; PERUZZO, p. 155).

¹⁴ De acordo com Mota, Amaral e Peruzzo (2012), não estaria em andamento um novo ciclo de substituição de importações impulsionado por uma burguesia nacional autônoma, tampouco o estabelecimento das políticas keynesianas de pleno emprego e melhores padrões de trabalho, tendo em vista a atual fase do capitalismo. Para as autoras, houve no continente Latino Americano um crescimento econômico a partir das exportações de *commodities* para países como a China e Índia.

¹⁵ De acordo com Boito jr (2012), ao contrário do que alguns autores baseados na internacionalização da economia afirmam sobre o desaparecimento das burguesias nacionais, o que se percebe é a ascensão de uma nova fração da burguesia, à qual se aplica nos termos de Poulantzas (1978), o conceito de burguesia interna - essa burguesia ocuparia uma posição intermediária entre a antiga burguesia nacional “anti-imperialista” e a velha burguesia compradora com base própria, mas que se associa facilmente ao capital imperialista.

lucratividade no âmbito da produção, característica da crise neoliberal, sendo as disputas nesse cenário o motivo pelo qual parte da classe dominante brasileira apoiou o projeto dos governos Lula da Silva e até certo ponto os governos Dilma Rousseff.

Para Bresser-Pereira (2015), também caracterizou o governo Lula o aumento do salário mínimo real, nos 8 anos do seu governo, e das despesas sociais do Estado, retirando milhões de trabalhadores da condição de subproletários, que passaram a participar do consumo de massas (proposta de seu programa de governo elaborado para as eleições de 2002¹⁶) com o crescimento da renda média em 52%.

Ainda no primeiro ciclo de governo, além dos ganhos no “pé da pirâmide social” com os programas de transferência de renda, aumentos do crédito e salários, o topo da pirâmide também foi favorecido pelo aumento no valor das exportações e altas margens de lucro, fenômeno conhecido como o *boom das commodities*¹⁷. Assim, apesar de uma política contracionista¹⁸ que favorecia o capital financeiro, com ajuda do quadro geral do capitalismo, em seu primeiro mandato, aliado às políticas de ativação do mercado interno de massas, Lula imprimiu um ritmo de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) maior do que o obtido no último governo do seu antecessor Fernando Henrique Cardoso (FHC) (SINGER, 2012).

Para Singer (2012), a chegada de Guido Mantega ao Ministério da Fazenda, em março de 2006, favoreceu a equação de menos neoliberalismo e mais desenvolvimentismo. Tal expressão pode ser observada com o lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento, em 2007, caracterizado como o terceiro

¹⁶A dimensão social da retomada do desenvolvimento terá como prioridades, em nosso governo, a ampliação do emprego e a melhoria no perfil de distribuição de renda, sobretudo por meio do aumento do salário mínimo, do fim da tributação regressiva e da adoção de programas de renda mínima(PARTIDO, 2002, p. 40).

¹⁷ O ciclo de expansão de 2003 a 2007 foi marcado por deslocamento de indústrias para a China e secundariamente para a Índia, que se somaram às existentes na Coreia do Sul e em Taiwan, formando um robusto polo fabril no Leste da Ásia, o qual gera extensa demanda por *commodities* (SINGER, 2012, 176).

¹⁸ Relevantes transferências do Estado para os setores rentistas através de altos superávits primários realizados para pagar o serviço da dívida pública (SINGER, 2012)

dado mais relevante da segunda fase de governo, junto com a valorização do salário mínimo e a continuidade da expansão de crédito. Com o programa, o incremento das atividades econômicas além da liberação de crédito para o aumento do investimento público e as desonerações fiscais, possibilitou o efeito indutor que o Estado exerce sobre o investimento privado sem a necessidade de diminuir fortemente o superávit primário, atendendo também o capital financeiro (SINGER, 2012).

Nesse cenário, as empresas voltadas para dentro do país aumentaram o investimento a fim de aproveitar as oportunidades, gerando postos de trabalho e realimentando o consumo “num círculo virtuoso que conseguiu, finalmente, tocar na contradição fundamental: a massa miserável que o capitalismo brasileiro mantinha estagnada começava a ser absorvida no círculo econômico formal” (SINGER, 2012, p. 151).

Quanto a esse ponto, há um embate constante entre os trabalhadores e os industriais (o que se convencionou chamar de “coalizão produtivista”), e o capital financeiro. Enquanto a “coalizão produtivista” pressionava por mais investimento estatal e diminuição dos juros, cuja elevação ameaçava as cadeias produtivas internas e conseqüentemente geraria menos postos de trabalho, o capital financeiro reivindicava a contenção dos gastos públicos e pagamento dos juros, que mesmo chegando a uma taxa de 5% reais ao ano no segundo mandato do governo Lula, contrastando com 13% reais ao ano no governo FHC, permaneceu entre os mais altos do mundo, demonstrando o poder do setor financeiro no Brasil. Assim, foi se delimitando, a cada nova conjuntura, o ponto de equilíbrio que, sem provocar rupturas, permitiu ao Estado um crescimento necessário para continuar incorporando os mais pobres à dinâmica do consumo interno e, ao mesmo tempo, o controle da inflação para satisfação do capital financeiro (SINGER, 2012).

Diante da crise financeira global de 2008, o governo Lula, no plano do Ministério da Fazenda “buscou realizar uma política anticíclica, reduzindo despesas e aumentando o gasto público” (BRESSER-PEREIRA, 2015, p. 352). Houve uma redução nos impostos dos setores de baixa renda, maior abrangência do Bolsa Família, redução da carga tributária sobre a indústria automobilística, lançamento do

programa de habitação popular subsidiada Minha Casa Minha Vida, etc. Além disso, o Estado interviu no sistema monetário promovendo a capitalização do BNDES em R\$ 100 bilhões, no ano de 2009, e aumentando os recursos para o financiamento das exportações e dos empréstimos dos bancos oficiais.

Ainda do ponto de vista econômico, Bresser-Pereira (2015, p. 353) afirma que houve políticas desenvolvimentistas importantes:

O BNDES, fortalecido com grande injeção de capital, aumentou fortemente o financiamento dos investimentos, ao mesmo tempo que praticava uma política industrial voltada para o fortalecimento de grandes grupos nacionais. O Ministério do Desenvolvimento passou a definir e a praticar ativamente uma política industrial estratégica. A empresa nacional voltou a ter prioridade nas compras do Estado e através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) o país voltou afinal a ter planejamento na infraestrutura e na indústria de base.

O programa de aceleração e crescimento econômico (PAC), congregava um conjunto de investimentos em obras de infraestrutura, para impulsionar a indústria de bens de capital, bens de consumo duráveis, indústria extrativista e construção civil. No âmbito da saúde, o Plano Mais Saúde: direito de todos 2008-2011, também chamado PAC da Saúde, é considerado o marco institucional de inserção da política de saúde nos moldes do projeto “neodesenvolvimentista” no governo Lula, reconhecendo a saúde como estratégica para o desenvolvimento nacional, e o seu complexo industrial como um dos eixos de destaque na política de saúde. O PAC da saúde previa a necessidade de transformar a estrutura produtiva e de inovação, além de aumentar a competitividade das empresas e dos produtores públicos e privados das indústrias da saúde brasileiras. Seu objetivo contempla não somente o enfrentamento da concorrência internacional como também a possibilidade de oferta de produtos e insumos compatíveis com o padrão tecnológico e de consumo que se configura no campo da saúde no Brasil (BRASIL, 2008).

Para Soares (2010, p. 82), podemos destacar como uma das principais ideias e fundamentos expostos pelas diretrizes desse documento “a concepção de saúde como direito social e estratégia de desenvolvimento e de investimento público e

privado”, integrando assim um modelo de desenvolvimento econômico “que tem suas bases no crescimento exponencial da lucratividade do capital a partir das garantias do Estado” (SOARES, 2010, p. 84).

No entanto, é válido ressaltar que a expansão de direitos universais como a garantia à saúde pública de qualidade, implicaria, de acordo com Singer (2012, p. 167):

Formas de financiamento que dependem de reforma tributária, a qual não encontra consenso na coalizão produtivista, dividida entre uma posição a favor do corte de impostos e a fazê-los mais progressivos. Um bom exemplo da discórdia está na campanha liderada pela FIESP que resultou na queda da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em dezembro de 2007, impedindo maiores progressos na implantação do SUS, na segunda e na terceira fase do governo Lula.

Essa pressão em favor da redução fiscal através da burguesia e da classe média tradicional representa, por exemplo, a opção por planos privados de assistência à saúde e escolas privadas, depositando no lucro e no mercado o atendimento das necessidades fundamentais reivindicadas pelos trabalhadores do movimento operário (SINGER, 2012).

Nesse mesmo período, de acordo com Correia e Santos (2015, p. 36):

Em julho de 2007, o governo Lula propôs o Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, que cria as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), com personalidade jurídica de direito privado, para desenvolverem atividades nas áreas da saúde, assistência social, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, comunicação social, entre outras (apesar de não existir uma lei que crie as FEDP, elas foram criadas no Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe e no Rio Grande do Sul). As FEDP são viabilizadas através de contratos de serviços entre a fundação e o poder público, com “autonomia gerencial, orçamentária e financeira”.

A proposta de criação das FEDP, se configura, nos termos de Correia e Santos (2015), como estímulo à apropriação privada do fundo público da saúde, ou seja, mais uma forma de repasse de recursos públicos para o setor privado.

Anterior à queda da CPMF e da proposta de criação das FEDP, de acordo com Bahia (2008, p. 1390), a expansão da oferta de planos privados de assistência à saúde para servidores públicos, pelo governo federal, já expressava claramente a “concordância com a utilização de recursos públicos para dinamizar as empresas privadas de planos de saúde”. Ou seja, já era possível perceber a disposição para contribuir com o empresariamento privado da saúde, na contramão do desenvolvimento do SUS:

Desde 2004, a Diretoria Executiva da Petrobras exige que as empresas contratadas ofereçam a seus empregados a cobertura de planos de saúde. A Petrobras estima que esta medida beneficiou cerca de 50 mil trabalhadores contratados, que não tinham planos de saúde (BAHIA, 2008, p. 1390).

Assim, para Bravo (2007) apesar do governo Lula explicitar como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, estaria mantendo, pelas suas ações, a polarização entre os dois projetos, fortalecendo em alguns casos o projeto de reforma sanitária e, em outros, um projeto de saúde articulado com o mercado privatista, quando suas ações enfatizam o desfinanciamento do SUS.

Para os autores Santos, Soares (2014) e Mendes (2015) o subfinanciamento do SUS é uma política de Estado, pois, os governos do Partido dos Trabalhadores – Lula e Dilma (a julgar pelos seus dois primeiros anos de gestão) – seguiram alinhados no que se refere ao financiamento da saúde, em relação ao período de governo FHC. Ou seja, o perfil dos gastos federais em saúde em todos os governos que se sucederam à formulação da Constituição de 1988, permaneceu estagnado em relação ao PIB e não deu conta de materializar o que foi implantado do ponto de vista legal (SOARES; SANTOS, 2014).

De acordo com Ocké-Reis (2013) as iniciativas empreendedoras do sistema privado de saúde, apoiadas na intervenção estatal, também tiveram um significativo

aumento do lucro líquido entre os anos de 2003 e 2011. Segundo o autor, as deduções tributárias com planos de saúde chegaram a 7,7 bilhões, em 2011, sendo responsáveis por 9,18% do faturamento das operadoras nesse ano. Enquanto isso, a problemática do financiamento da saúde continuou explicitada por montantes insuficientes e indefinidos, marcados pelo fracasso do histórico Projeto de Lei nº 1/2003, que dispunha sobre o equivalente a 10% da Receita Corrente Bruta da União para o SUS, sobre os repasses federais equitativos e sobre a Regionalização (SANTOS, 2015).

Se nos governos Lula, foi possível notar a organização em torno do projeto neodesenvolvimentista, pelas coalizões de interesses rentistas e produtivistas, chama a atenção nos governos Dilma a formação de uma frente única burguesa “antidesenvolvimentista”, em favor do retorno neoliberal (SINGER, 2015).

Singer (2015, p. 69), indica que o projeto neodesenvolvimentista

Obteve série notável de avanços no primeiro ano e meio do experimento (agosto de 2011 a abril de 2013), mas teria ficado sem chão para prosseguir depois que a reação, iniciada pelo Banco Central, entrou em cena. Enquanto, pelo alto, Dilma e Mantega realizavam ousado programa de redução de juros, desvalorização da moeda, controle do fluxo de capitais, subsídios ao investimento produtivo e reordenação favorável ao interesse público de concessões à iniciativa privada, no chão social e político o vínculo entre industriais e trabalhadores se dissolvia, e os empresários se unificavam “contra o intervencionismo”.

Para uma melhor compreensão dos processos que levaram a formação dessa frente única burguesa, bem como dos avanços e recuos do que chamamos até aqui de “neodesenvolvimentismo”, torna-se necessário uma breve exposição de algumas formulações que fizeram o esforço, de acordo com Singer (2015), de interligar os interesses, mas ao mesmo tempo reconhecer os conflitos internos das coalizões, reconhecendo quais agrupamentos agiram nas conjunturas do governo Dilma Rousseff e com que grau de contradição e de autonomia.

De acordo com Singer (2015), a partir do inverno brasileiro de 2011, a segunda fase da crise internacional cairia sobre o governo que, assim como na crise de 2008, procurou sustentar o ritmo de crescimento local colocando em prática uma “nova matriz econômica”, que estava sendo preparada desde o final do ano de 2010, com a substituição de Henrique Meirelles por Alexandre Tombini à frente do Banco Central.

Ainda conforme o autor, destacaram-se nesse período: 1) A redução dos juros, chegando a níveis compatíveis com os praticados nos centros capitalistas avançados; 2) O uso intensivo do BNDES, potencializado por meios de grandes repasses do tesouro, para realização da proposta que previa o investimento de quase 600 bilhões de reais na indústria até 2015; 3) A aposta na reindustrialização, com medidas que transitam desde a redução do Imposto sobre produtos industrializados (IPI) até ampliação do Microempreendedor individual; 4) Desonerações da folha de pagamentos, para minimizar a “carga fiscal elevada” vista pelos empresários como uma das “grandes distorções na economia”; 5) O plano para a infraestrutura, com um pacote de concessões para estimular a inversão em rodovias e ferrovias, através do lançamento do Programa de Investimento em Logística (PIL); 6) A reforma do setor elétrico, como o objetivo de baratear o preço da energia elétrica, através da Medida provisória - MP 579; 7) A desvalorização do real, uma vez que o câmbio valorizado agravava as dificuldades da indústria nacional; 8) O controle de capitais com o objetivo de impedir que a entrada de dólares desvalorizasse o real; 9) A proteção ao produto nacional, através do aumento de impostos de importação para cerca de 100 produtos.

Em consonância com essa chamada “nova matriz econômica”, foi lançado o programa “Inova Empresa”, em 2013, que pretendia injetar até o final do ano de 2014, R\$ 32,9 bilhões no fomento a inovações tecnológicas em empresas de inúmeros setores industriais do país, incentivando “parcerias” entre empresas privadas e os Institutos de Ciência e Tecnologia (que incluem as universidades, laboratórios e centros de pesquisas públicos). Entre as áreas consideradas estratégicas para o programa, estaria o Complexo Econômico Industrial da Saúde, através do “Inova saúde” – voltado para estimular a inovação nas empresas

brasileiras produtoras de medicamentos, farmoquímicos, e biofármacos, além das empresas de equipamentos médicos (ANTUNES, 2013).

O programa estaria colocando a saúde pública como foco estratégico das políticas industriais e comerciais brasileiras, apostando no modelo de atenção dos planos privados de assistência à saúde, que tem impacto significativo no mercado de equipamentos médicos, em particular na demanda por produtos inovadores e medicamentos. Nesse contexto, as demandas da saúde também estariam sendo pautadas pelas demandas econômicas da industrialização, com vistas a ampliar e consolidar as empresas desse setor (ANTUNES, 2013).

Mas, não durou muito tempo o ativismo estatal na “busca da reindustrialização” e seu confrontacionismo ao setor financeiro (pela breve diminuição dos lucros por parte dos bancos devido ao ciclo da queda de juros). Pois, um surto inflacionário anunciado em janeiro de 2013 e o crescimento do PIB de apenas 0,9% em 2012, tornavam difícil a continuidade do projeto dilmista. Em alguma medida:

Os estímulos estabelecidos ao longo de 2011/2012 e os investimentos realizados para a copa do mundo garantiram crescimento de 2,3% em 2013 (metodologia antiga; 2,7% pela nova). O índice ficou longe dos números anteriores à crise mundial, mas permitiu manter o nível de emprego e os ganhos salariais dos trabalhadores no terceiro ano do governo Dilma (SINGER, 2015, p. 55).

Contudo, o aumento dos juros a partir de abril de 2013, tornava instável a possibilidade de crescimento em 2014. Além disso, as críticas ao ativismo estatal realizadas através dos grandes meios de comunicação, porta-vozes das grandes corporações multinacionais e instituições internacionais (FMI, Banco Mundial, etc), alimentavam cada vez mais a desconfiança dos investidores que recuavam sua participação nos investimentos no país (SINGER, 2015).

O cerco rentista se agravou com o inesperado reforço das manifestações de junho de 2013, quando numerosa massa de trabalhadores foram às ruas com críticas à ineficiência na saúde, educação, corrupção, etc. Ao reagir aos protestos e,

em respostas sobretudo ao mercado financeiro, Dilma propôs a reponsabilidade fiscal como o primeiro dos cinco pactos que foram apresentados em rede nacional de comunicação, promovendo, posteriormente, um corte de 10 bilhões de reais no orçamento de 2013, com mais cortes em 2014. Ganhando forças a agenda neoliberal, Dilma anuncia em 2015, logo após vencer as eleições presidenciais em outubro de 2014, que, em função da duração inesperada da crise mundial e da extraordinária seca no Brasil, os recursos públicos gastos para preservar o emprego e a renda até fins de 2014, haviam se esgotado (SINGER, 2015).

É nesse contexto, que os conflitos internos das coalizões produtivistas e rentistas, motivados cada vez mais, por interesses de alguns agrupamentos, vão ficando mais evidentes. Conforme citado anteriormente, ainda em 2011, chamava a atenção as propostas adotadas por Dilma em consonância com a coalizão produtivista. Para Singer (2015), muitas de suas ações foram baseadas no documento “*Brasil do diálogo, da produção e do emprego*”¹⁹, que foi elaborado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Força Sindical, o Sindicato dos Metalúrgicos do ABC e o Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo, e tinham com foco a inovação e o adensamento produtivo do parque industrial brasileiro. Mas, aos poucos, o deslocamento dos industriais ganhava visibilidade e os conflitos internos da costura produtivista se acirravam. Passado um ano e meio do lançamento do *Brasil do diálogo*, após um encontro do conselho nacional das indústrias (CNI) foram apresentadas *101 propostas para modernização trabalhista*²⁰.

Apesar das evidentes convergências, os industriais, para surpresa de muitos, foram progressivamente se afastando de Dilma, alinhando-se lenta e continuamente ao bloco rentista de oposição. Cresceu entre

¹⁹ FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (FIESP). **Brasil do diálogo pela produção e emprego**. São Paulo: 2011. Disponível em: http://www.smabc.org.br/Interag/temp_img/%7B810B756E-4C7F-460D-936B-3E53A6382B94%7D_Brasil%20do%20Dialogo%20HIGH%20QUALITY.pdf> Acesso em: 10, jul. 2017.

²⁰ CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. **101 propostas para modernização trabalhista**. Brasília: CNI, 2012. Disponível em: <http://www.abinee.org.br/informac/arquivos/cniprop.pdf>. Acesso em: 10/07/2017

eles a ideia de que se tratava de mandato “intervencionista”, que inviabilizava os investimentos e não criava confiança. O irônico é que a intervenção, que de fato houve, visava atender aos próprios industriais (SINGER, 2015, p. 59).

A redução dos juros e a desoneração da folha de pagamentos realizadas nos primeiros anos não teriam produzido o efeito esperado e entrava em cena, mais fortemente, a defesa da flexibilização da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que apontava para uma possível dissolução da coalizão produtivista e adesão dos industriais ao programa rentista. Com isso, do setor financeiro ao industrial, passando pelo agronegócio, o comércio e os serviços, “a unidade capitalista em torno do corte dos gastos públicos, queda no valor do trabalho e diminuição da proteção aos trabalhadores” (SINGER, 2015, p. 60) se tornava cada vez mais completa.

Para Singer (2015, p. 65)

De um lado, a financeirização do capitalismo teria levado à mistura entre capital da indústria e das finanças. Inúmeras rúbricas produtivas caíram sob o controle de bancos e fundos de investimento. De outro, de acordo com o economista Guilherme Mello (2013), “após décadas de taxas de juros irrealistas, o conjunto do empresariado brasileiro, seja ele produtivo ou financeiro, imiscui-se em atividades puramente rentistas, se valendo da certeza de ganhos elevados em investimentos seguros e de elevada liquidez”.

Uma grande quantidade de interesses empresariais contrariados teria catalisado a solidariedade capitalista em torno dos interesses rentistas, até que em certo momento a frente antidesenvolvimentista englobou o conjunto da burguesia, contando com o suporte fervoroso da classe média tradicional:

Juntaram-se a esse bloco do capital financeiro os importadores, descontentes com a desvalorização do real e as barreiras aos produtos importados, as empreiteiras, descontentes com a “mocracia tarifária”, as “elétricas” insatisfeitas com a MP 579, os grupos prejudicados com o aumento da competição do setor portuário, o agronegócio em geral, desconfiado de que tenderia a ser

mais tributado, os setores da indústria automotiva descontentes com as dificuldades de importação, as empresas de celular punidas com a falta de investimento, a classe média tradicional irritada com a alta do preço dos serviços, os industriais afetados pelas políticas pró-trabalho (SINGER, 2015, p. 67).

Dessa forma, a diminuição da participação do setor produtivo e a dominância financeira contribuiu para gerar mais recessão econômica no país e, diante do acirramento dessas contradições, as políticas neodesenvolvimentistas foram encontrando limites de continuar respondendo aos impactos da crise internacional na economia brasileira.

No SUS, os impactos dessa crise ocorreram, basicamente, na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização:

Isso pode ser percebido pela forte presença do capital portador de juros no orçamento público federal e no Orçamento da Seguridade Social, nos incentivos financeiros públicos concedidos à saúde privada por meio da permissão da abertura do capital privado estrangeiro para a exploração das ações e serviços de saúde no país e da permanência do mecanismo de renúncia fiscal e, ainda, na adoção de um ajuste fiscal com larga redução para os recursos da saúde (MENDES, 2015, p.14).

O contexto de recessão dos governos Dilma com restrições aos gastos públicos já apresentava para a saúde desde o seu primeiro ano de governo, a apropriação do fundo público pelo setor privado, a exemplo do processo de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro composto por hospitais universitários, através da Lei nº 12.550/2011, que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – empresa de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde, constitucionalmente definidos como universais e gratuitos. Em março de 2014, o sistema já contava com 23 hospitais em contrato com a empresa (CORREIA; SANTOS, 2015), sendo esse número atualizado para 39 hospitais em 2017.

No ano de 2015, foram aprovadas com o apoio do governo federal, duas importantes medidas que acabaram por prejudicar o subfinanciamento do SUS: a Lei nº 13.097/2015, que entre outros aspectos permite a abertura da saúde para o capital estrangeiro, alterando a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90):

De acordo com essa Lei, empresas e capitais estrangeiros podem instalar, operar ou explorar hospitais (inclusive filantrópicos) e clínicas. Também poderão atuar em ações e pesquisas de planejamento familiar, e serviços de saúde exclusivos para atendimento de funcionários de empresas. Atualmente, a presença do capital externo já existe em outras áreas da saúde, a exemplo dos planos e seguros de saúde e farmácias (MENDES, p. 15, 2015).

Além da abertura ao capital estrangeiro, que, em poucas palavras, representou mais um passo para o aprofundamento da segmentação do direito à saúde no Brasil, foi aprovada a EC 86/2015, que modificou a base de cálculo do financiamento federal da saúde. Foi incluída uma nova base de cálculo que previa a alteração de Receita Corrente Bruta (RCB) para Receita Corrente Líquida (RCL), sendo escalonada em cinco anos. Ou seja, 13,2% dessa RCL para 2016, até alcançar 15%, em 2020 (MENDES, 2015).

Segundo Mendes (2015) a EC 86/2015 também previa alterações na Lei nº 12. 858/2013 - em que estavam previstos recursos referentes ao Pré-Sal como um excedente para a saúde -, passando a incorporar a nova base de cálculo determinada pela Emenda, com perda de bilhões de reais. Além disso, a EC aumentaria as emendas parlamentares retirando do orçamento da saúde. Do teto de 1,2% da RCL, as emendas parlamentares podem retirar 0,6% do orçamento da saúde.

Também coube, durante os governos Dilma Rousseff, a persistência do privilégio da renúncia fiscal para o setor de planos privados de assistência à saúde, além da inclusão de servidores públicos como beneficiários desse setor, através de incentivos com recursos públicos, ou através de planos autogestionados por empresas públicas, para seus funcionários. De acordo com Viera (2016), verifica-se no orçamento do governo federal, que o gasto do Ministério da Saúde com planos

privados de assistência à saúde para seus servidores foi de R\$ 384,4 milhões de reais, em 2014.

Além disso, esteve em tramitação no Congresso Nacional a Medida Provisória nº 627 de 2013, que determinava, entre outras questões, um teto para a aplicação de multas aos planos privados de assistência à saúde. Se aprovada, a medida representaria um perdão de R\$ 2 bilhões para as operadoras (valor referente à estimativa das punições a serem aplicadas no ano de 2014 e à redução no estoque das multas já aplicadas) (PIERRY, 2014). Originalmente, a MP 627, de autoria do Poder Executivo, tratava apenas da tributação dos lucros obtidos por multinacionais brasileiras no exterior, mas, após a aprovação da medida na Câmara dos deputados, foi incluído na MP o trecho que alterava o modelo de aplicação das multas a operadoras de planos privados de assistência à saúde, através do ex-deputado relator Eduardo Cunha. A medida provisória foi aprovada e transformada na Lei ordinária nº 12973/2014, no entanto, a presidenta Dilma Rousseff vetou o artigo sobre as multas dos planos privados de assistência à saúde em questão (PIERRY, 2014).

Esse cenário, desenrolado em meio à crise do projeto neodesenvolvimentista, marcada pelas buscas da burguesia pelo aumento das taxas de lucro e pela redução dos custos com os trabalhadores - flexibilização dos direitos trabalhistas e redução das políticas sociais-, foi agravado pelo impeachment da presidente Dilma Rousseff, em 2016. Não mais interessada no projeto neodesenvolvimentista, a ofensiva restauradora do grande capital internacional e da fração da burguesia brasileira a ele associada, encontrou, então, caminho livre para avançar, dando início ao “golpe midiático-jurídico-parlamentar”²¹, que levou à presidência do Brasil o presidente interino Michel Temer.

²¹ O que foi implementado no Brasil, em 2016, foi um “golpe de Estado de novo tipo”, que vem sendo denominado de golpe midiático-jurídico-parlamentar. Trata-se de um golpe de Estado muito mais refinado em que essas instituições “substituíram o papel exercido pelos militares no golpe de 1964”. Apesar das semelhanças com golpes parlamentares (Paraguai 2012) e judiciais (Honduras 2009) vistos recentemente, pode ser considerado como um “golpe de Estado de novo tipo” porque é o resultado de uma conjugação complexa de múltiplas ferramentas (com centralidade conferida a determinadas instituições jurídicas, como a Polícia Federal, Ministério Público, Poder Judiciário) em

São característicos desse novo cenário brasileiro, um novo regime fiscal, que prevê o congelamento dos gastos públicos sociais, através da EC 95/2016, ameaçando o conjunto das políticas sociais. Na saúde, as mudanças no regime fiscal implicam a perda acumulada de, aproximadamente, R\$ 654 bilhões, nos 20 anos de vigência da EC, através da desvinculação da despesa federal com saúde de percentuais progressivos da RCL (conforme EC 86/2015), e congelamento do financiamento federal do SUS, a valores de 2016, até o ano de 2036 (COSEMS, 2016).

Logo após a aprovação da proposta de “subfinanciamento progressivo” na saúde pública, o governo Michel Temer, através do Ministério da saúde, encaminhou à ANS propostas de planos privados de assistência à saúde com coberturas restritas, elaboradas por mais de 20 instituições ligadas à saúde suplementar, como a Abramge, a Unimed e a CNseg, além de representantes da própria agência reguladora, ANS. A proposta inclui planos de assistência à saúde *privados simplificados* – em que não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital-dia, ofertando apenas cobertura para atenção primária e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade; *plano ambulatorial + hospitalar* – que prevê cobertura de atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade, em que o paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família antes de encaminhar o paciente para a rede especializada; e o *plano em regime misto de pagamento* – oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, atendimento ambulatorial. Isso significa que além da mensalidade o usuário do plano pagará uma parte das consultas (BRASIL DE FATO, 2017).

prol de um objetivo comum: a formação de um novo governo neoliberal realinhado com os EUA (DIEHL, 2016).

Pode-se perceber até aqui, que, ao longo dos anos 2000, os interesses das frações da classe dominante puderam radicar-se na política de saúde, orbitando nessa lógica a disputa pelo fundo público destinado à sua efetivação, pela produção de medicamentos e equipamentos hospitalares, gerenciamento privado da sua rede de hospitais e incentivos estatais à adesão de planos e seguros privados de saúde, consolidando, assim, por dentro do SUS e por fora - pela ampliação do mercado de planos privados de saúde - a saúde em um espaço de lucratividade para o grande capital.

A análise desse período, nos permitiu identificar, portanto, as disputas dos interesses da classe burguesa no Estado e na sociedade civil, no que tange à distribuição da riqueza no país, interferindo no trato às políticas sociais e aos tratamentos dados à política de financiamento, juros, política cambial, etc, tornando possível a compreensão das contradições que se dão quando os interesses econômicos e políticos da classe dominante se colocam na cena política, em busca de hegemonia - quando diante de qualquer ameaça maior aos interesses políticos estratégicos de manutenção do modo de produção capitalista e de determinados arranjos políticos entram em cheque, a unidade de classe contra os interesses das classes dominadas prevalece.

Para desvelar o impacto de todo esse conjunto de particularidades que se abriu no Brasil e engendraram um conjunto de características à política de saúde brasileira, no mercado de planos e seguros privados de saúde, faz-se necessário analisar mais detidamente as particularidades desse mercado nos últimos anos.

3 O MERCADO DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E A SUA ATUAÇÃO NO TERRENO DA LUTA POLÍTICA HOJE

No presente capítulo analisaremos o mercado de planos privados de assistência à saúde, no período dos anos 2000 a 2016, com o objetivo de apreender suas características recentes e, em seguida, discutiremos as relações desse mercado com Poder Legislativo Federal brasileiro.

3.1 Características do mercado de planos privados de assistência à saúde, no período dos anos 2000 a 2016

As informações que serão utilizadas para caracterizar os planos privados de assistência à saúde, no período dos anos 2000 a 2016, são baseadas nos dados disponíveis na ANS²² e se referem ao segmento médico-hospitalar²³. Portanto, é importante salientar que a quantidade de beneficiários divulgada pela ANS corresponde ao número de vínculos, incluindo os dependentes, em contratos de planos privados de assistência à saúde. Por isso, pode ocorrer sobrestimativa dos usuários, posto que uma pessoa física que esteja vinculada em mais de um plano será contada tantas vezes quantos forem os vínculos que possuir com planos de saúde. Também se registra que a contagem da ANS não corresponde aos dados das pesquisas domiciliares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mas sim das empresas de planos privados de assistência à saúde registrados na

²² A ANS disponibiliza, através do sistema TabNet as informações de beneficiários de planos privados de assistência à saúde em intervalo trimestral (a partir de março de 2000), apresentando informações segundo diversas desagregações: A fonte desses dados é o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), constituído a partir dos dados das operadoras registradas na ANS. É importante ressaltar que o SIB possibilita a alteração, pela operadora, dos dados das competências anteriores, fato que implica no caráter transitório das informações da ANS TabNet. Entende-se que tal mecanismo de atualização não diminui a validade da presente análise, todavia, é preciso registrar que o retrato da evolução de beneficiários ora apresentado pode sofrer alteração com o passar do tempo, para todos os períodos.

²³ Exclui da pesquisa os dados correspondentes às operadoras e beneficiários do segmento exclusivamente odontológico.

agência, não contabilizando os usuários dos planos públicos administrados pelos institutos de previdência estaduais, municipais e militares.

Expressivo no sistema de saúde brasileiro, em dezembro de 2016, o setor de planos privados de assistência à saúde contava com 48,5 milhões de vínculos de beneficiários (Tabela 01 e Gráfico 01), expressando uma cobertura de, aproximadamente, 23,5% da população brasileira²⁴. Em 2006, a cobertura chegava a cerca de 19,9%²⁵.

Tabela 1 - Beneficiários de planos e seguros privados de assistência médica à saúde (dez/2000 – dez/2016)

Data	Beneficiários
dez/00	30.966.522
dez/01	31.420.006
dez/02	31.513.309
dez/03	32.074.667
dez/04	33.840.716
dez/05	35.441.349
dez/06	37.248.388
dez/07	39.316.313
dez/08	41.468.019
dez/09	42.561.398
dez/10	44.937.350
dez/11	46.017.972
dez/12	47.728.858
dez/13	49.370.451
dez/14	50.397.541
dez/15	49.397.350
dez/16	48.487.129

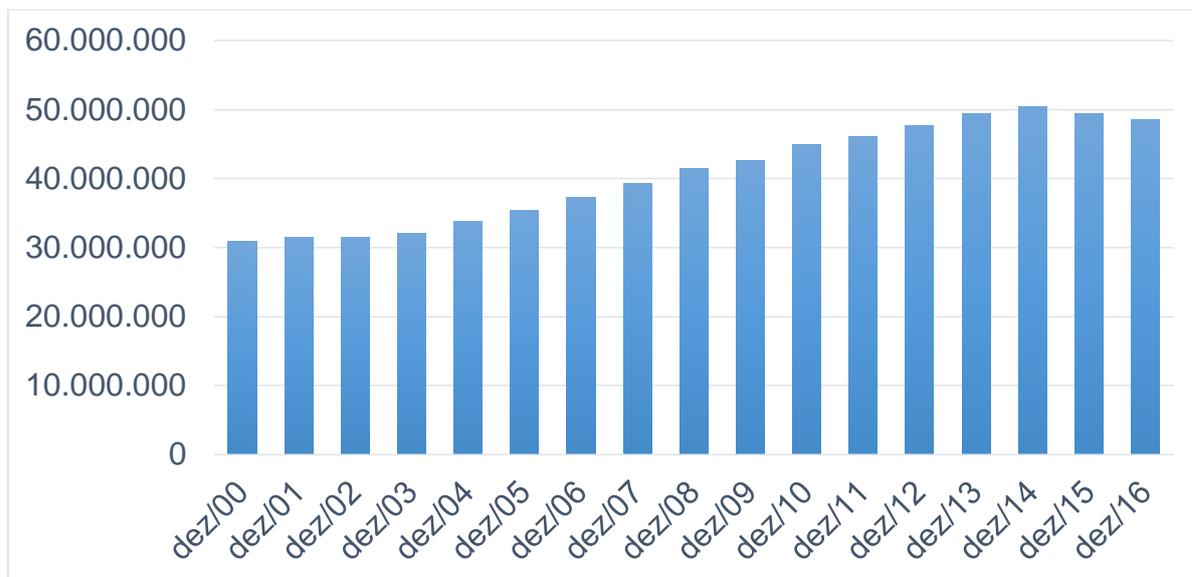
Fonte: Elaboração própria, 2017

Nota: Tabela construída com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

²⁴ Cálculo baseado nas informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (INSTITUTO, 2016).

²⁵ Cálculo baseado nas informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (INSTITUTO, 2006).

Gráfico 1 - Beneficiários de planos privados de assistência à saúde (dez/2000 – dez/2016)



Fonte: Elaboração própria, 2017.

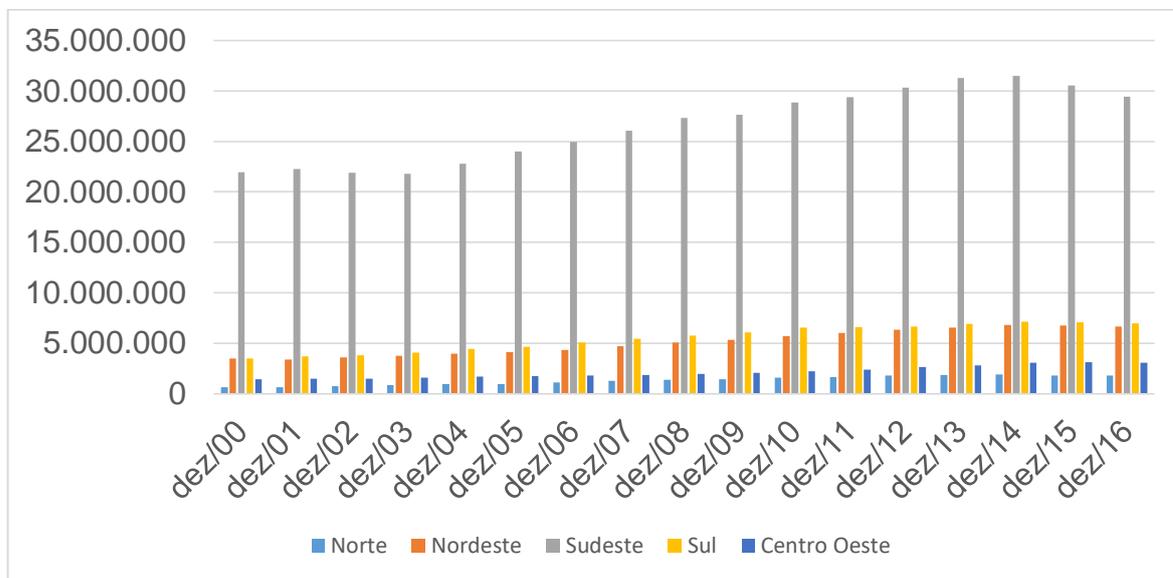
Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

O contínuo crescimento, em relação ao número absoluto de clientes entre os anos 2000 e 2014, reforça a informação de que cerca de $\frac{1}{4}$ da população brasileira não depende apenas do sistema público de saúde, utilizada pelas empresas de planos privados de assistência à saúde para “proclamarem sua importância para aliviar o SUS da demanda dos que podem contribuir e para o anúncio de novos modelos assistenciais e/ou fracasso da pretendida reforma sanitária” (BAHIA, 1999, p. 186).

No entanto, apesar do considerável crescimento do setor, que ultrapassou 50 milhões de beneficiários em 2014, pode se observar nos anos subsequentes uma redução desse número. Em entrevista concedida à revista RADIS - Comunicação e saúde Mário Scheffer destaca que a crise econômica a partir de 2014, com fortes impactos ao desempenho do mercado de trabalho formal, afetou diretamente a saúde suplementar, apresentando a partir do ano de 2015 uma redução no número de beneficiários, uma vez que, a maior parte dos vínculos aos planos privados de assistência à saúde se concentram nos contratos de tipo coletivo empresariais (gráfico 04) firmados através de pessoa jurídica (DOMINGUEZ, 2017). A maior parte desses contratos são oriundos dos estados com maior renda e maior oferta de

emprego formal e de serviços de saúde, situação encontrada na região sudeste do país (gráfico 02).

Gráfico 2 - Concentração de beneficiários de planos privados de assistência à saúde por região (dez/2000 - dez/2016)



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

Esse contexto de queda no número de beneficiários do mercado de planos privados de assistência à saúde, também motivou as discussões no Ministério da Saúde sobre a criação de planos privados de saúde “acessíveis”. Com a premissa de alívio para os gastos com o financiamento do SUS e descongestionamento do sistema público, o atual Ministro da saúde Ricardo Barros defende que:

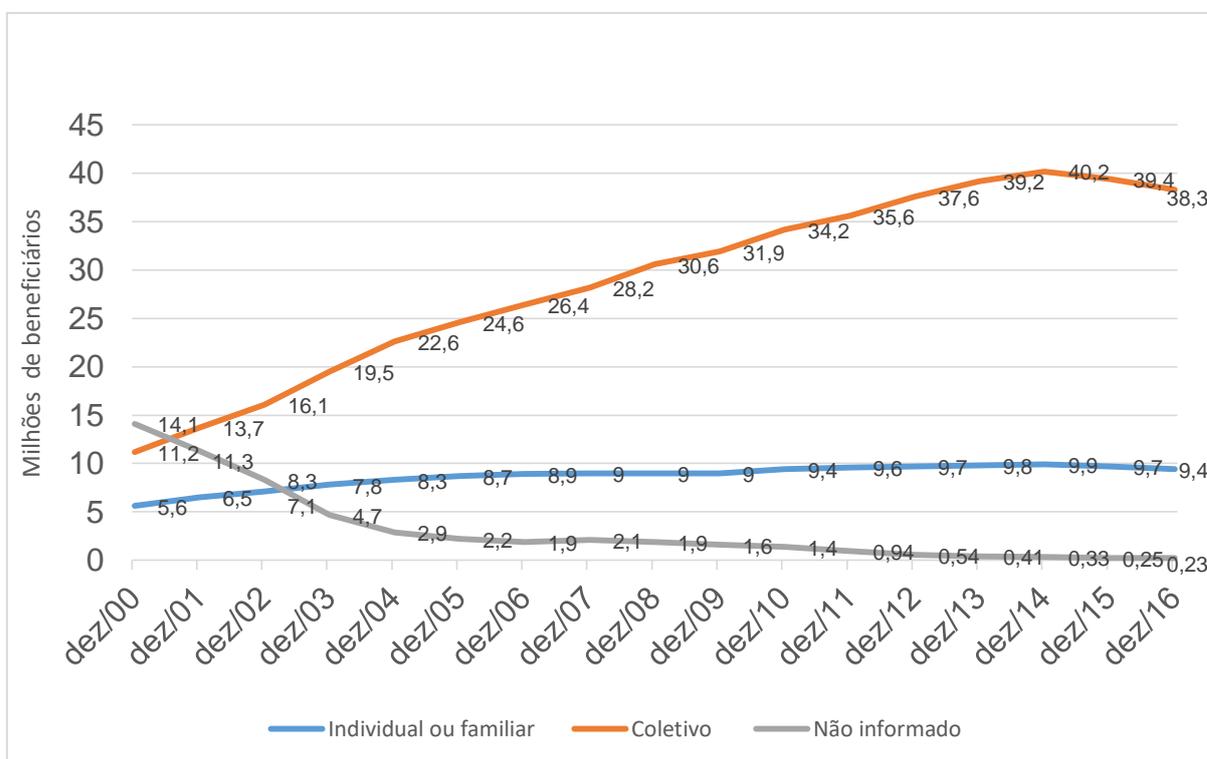
“Se tivermos planos acessíveis com modelos de que a sociedade deseje participar, teremos R\$ 20 bilhões ou R\$ 30 bilhões a mais de recursos que serão colocados para atendimento de saúde. Isso vai aliviar nosso sistema, que está congestionado” (DOMINGUEZ, 2016, p. 01).

Em consonância com a proposta, em 5 de agosto de 2016, foi publicado no Diário Oficial da União, a portaria do Ministério da Saúde que instaura um grupo de trabalho para discutir o projeto de “plano de saúde acessível”. Em nota, o Conselho

Federal de Medicina aponta que, se implementada, a proposta deve resultar em planos limitados a consultas ambulatoriais e a exames subsidiários de menor complexidade, que não trarão solução para os problemas do SUS, não evitarão a procura pela rede pública e não terão impacto no financiamento do sistema, beneficiando apenas as empresas do setor suplementar de saúde (DOMINGUEZ, 2016).

Atualmente, os planos e seguros de saúde apresentam dois tipos de contratação, que são o individual/familiar, no qual o contratante é uma pessoa física, ou o coletivo, firmado por intermédio de uma pessoa jurídica (empresa, associação, fundação ou sindicato) (BRASIL, 2015a).

Gráfico 3- Beneficiários de planos privados de assistência à saúde segundo o tipo de contratação (dez/2000 – dez/2016)



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

Observa-se no gráfico 03 que há uma significativa diferença entre os dois tipos de contratação (coletivo e individual), no período dos anos 2000 a 2016, no que

se refere ao crescimento, sendo mais intenso para o mercado de planos coletivos (que passou de 11,2 para 38,3 milhões de beneficiários), em relação ao individual (5,6 para 9,4 milhões)²⁶. Desta forma, os planos individuais não aparecem em trajetória de diminuição de contratos, mas sim com um crescimento inferior aos coletivos.

Nos contratos coletivos há ainda a divisão em dois tipos: as contratações podem ser realizadas através do tipo empresarial, que permite beneficiários com vínculo à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, e coletivo por adesão, que permite beneficiários com vínculo à pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial (associações, fundações e sindicatos). Conforme o gráfico 04, houve um crescimento significativo da contratação empresarial entre os anos de 2000 a 2016, passando de 7.561.206 para 31.790.546 de beneficiários, enquanto a contratação por adesão diminuiu sua proporção em relação aos contratos empresariais, ainda que tenha aumentado em número de beneficiários.

Gráfico 4 - Beneficiários por tipo de contratação coletiva (dez/2000 e dez/2016)



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

²⁶Complementarmente, registra-se que a parcela a ser somada aos dois tipos de contratação supracitados, para atingir o total de beneficiários, é o tipo de contratação “não informado”.

A oferta dos planos privados de assistência à saúde é feita através de operadoras autorizadas pela ANS, organizadas de acordo com o seu estatuto jurídico e classificadas nas modalidades: administradora²⁷, autogestão, cooperativa médica, filantrópica²⁸, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde (BRASIL, 2016a). Para fins desse estudo, serão consideradas as quatro principais modalidades em número de beneficiários, são elas: medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão e seguradora especializada em saúde (BRASIL, 2016a).

Para Menicucci (2003, p. 138)

Apesar de, na prática, a partir dos anos 90, a assistência prestada de forma privada tenha se tornado semelhante em muitos aspectos, em decorrência da interpenetração dos diversos segmentos, lucrativos ou não, como qualquer outro mercado, a competição e a busca da defesa dos próprios interesses caracterizam a assistência supletiva.

O conflito de interesses entre os atores que conformam essas modalidades empresariais se expressa nas particularidades dos seus estatutos jurídicos, na constituição dos benefícios ofertados, lugar que ocupam no mercado privado de saúde e nas estratégias utilizadas por suas entidades representativas para a viabilização e crescimento das empresas do setor, a exemplo da importante participação dessas entidades na formulação da legislação que regulamenta o mercado de planos privados de assistência à saúde (BAHIA, 1999).

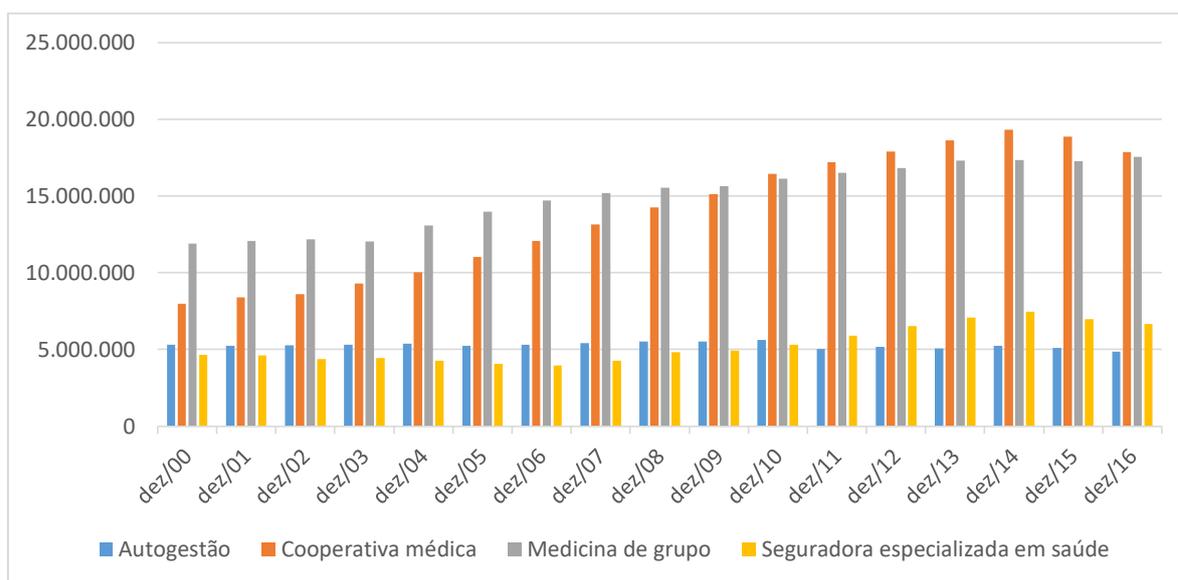
Pode-se observar que, entre as modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde, as cooperativas médicas apresentaram o maior aumento total no número de contratos, que passou de 8 milhões, nos anos 2000,

²⁷ Administradora de planos; não possuem beneficiários; não assumem o risco decorrente da operação desses planos; e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. Administradora de benefícios: pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos (BRASIL, 2016a).

²⁸ Operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (BRASIL, 2016a).

para mais de 19 milhões em 2014. No entanto, a modalidade vem experimentando redução desde 2015, e apresentou em dezembro de 2016, uma diminuição que corresponde a quase 1 milhão de beneficiários, enquanto as medicinas de grupo conseguiram, no mesmo período, um pequeno aumento (Gráfico 05).

Gráfico 65 – Concentração de beneficiários de planos privados de assistência à saúde por modalidade (dez/2000 - dez/2016)



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

A Tabela 02 apresenta de acordo com a modalidade o número de operadoras de planos privados de assistência à saúde com registro ativo, em dezembro de 2016, por perfil do número de beneficiários do plano. Pode-se observar que a maior parte das operadoras (187), possui até 5.000 beneficiários e apenas 14 operadoras, sendo metade delas cooperativas médicas, registram números acima de 500.000 beneficiários:

Tabela 2 - Operadoras com registro ativo por faixa de beneficiários e modalidade (dez/2016)

Faixa de Beneficiários	Autogestão	Cooperativa Médica	Medicina de grupo	Seguradora Especializada em Saúde	Total
Sem Beneficiários	14	1	14	1	30
1 a 5.000 beneficiários	71	36	80	0	187
5.001 a 10.000 beneficiários	27	47	24	0	98
10.001 a 20.000 beneficiários	26	60	53	1	140
20.001 a 50.000 beneficiários	20	84	51	1	156
50.001 a 100.000 beneficiários	10	40	31	1	82
100.001 a 500.000 beneficiários	8	30	20	3	61
Acima de 500.000 beneficiários	1	7	3	3	14
Total	177	305	276	10	768

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Tabela construída com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

Embora as cooperativas médicas possuam um maior número de operadoras com um total de beneficiários acima de 500.000, a concentração de clientes em poucas empresas é mais nítida entre as seguradoras, uma vez que 30% das operadoras dessa modalidade estão nessa faixa. Infere-se uma concentração dos clientes destas empresas em São Paulo e no Rio de Janeiro, com tipo de contratação empresarial (BRASIL, 2017a).

De acordo com Menicucci (2003), o surgimento dos planos privados de assistência à saúde, fora do ambiente das empresas empregadoras, ocorreu com a modalidade de medicina de grupo, na década de 1950, estando sua expansão, na década seguinte, associado ao desenvolvimento industrial no país. O crescimento das indústrias – como as automobilísticas no ABC paulista -, aumentou a demanda por assistência médica empresarial e impulsionou a expansão das operadoras de medicina de grupo através de um sistema de convênios, pelo qual eram

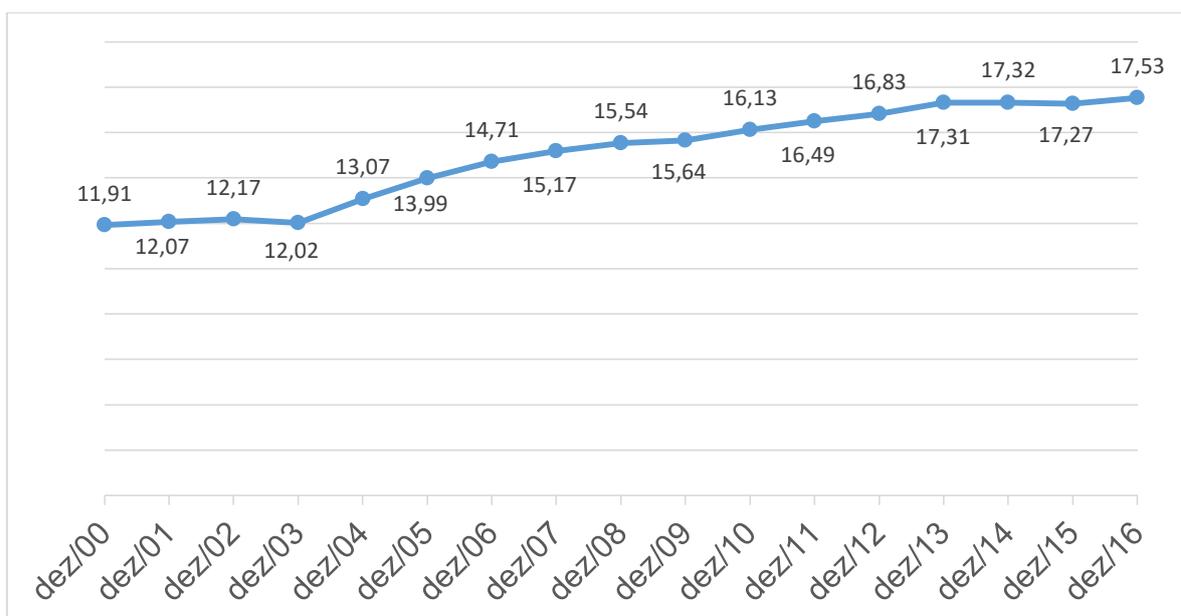
comercializados os chamados planos coletivos, principalmente nas capitais. Em 1977, existiam na cidade de São Paulo 2415 empresas conveniadas com as medicinas de grupo, grande parte através dos convênios-empresa intermediados pela Previdência Social.

Pela condição de pioneira no mercado de planos privados de assistência à saúde, a medicina de grupo também foi a primeira a organizar entidades representativas na defesa de seus interesses, fundando em 1966 a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) (MENICUCCI, 2003). Percebe-se a intensificação da atuação da ABRAMGE na defesa dos interesses das empresas de medicina de grupo a partir do surgimento das modalidades de cooperativas médicas e seguradoras especializadas em saúde e da entrada do debate sobre a regulamentação do setor de planos privados de assistência à saúde na agenda governamental, prioritariamente a partir da criação da Superintendência de Seguros Privados (Susep) do Ministério da Fazenda, em 1989.

Atualmente, a ABRAMGE é caracterizada como uma entidade sem fins lucrativos, e o seu sistema está dividido em 7 regionais no país, que engloba também o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge) e o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog) (ASSOCIAÇÃO, 2017).

Em dezembro de 2016, a modalidade de medicina de grupo contava com 262 operadoras (com registro ativo e com beneficiários) e um total de 17,5 milhões de beneficiários (gráfico 06):

Gráfico 6 - Beneficiários das medicinas de grupo (dez/2000 - dez/2016)

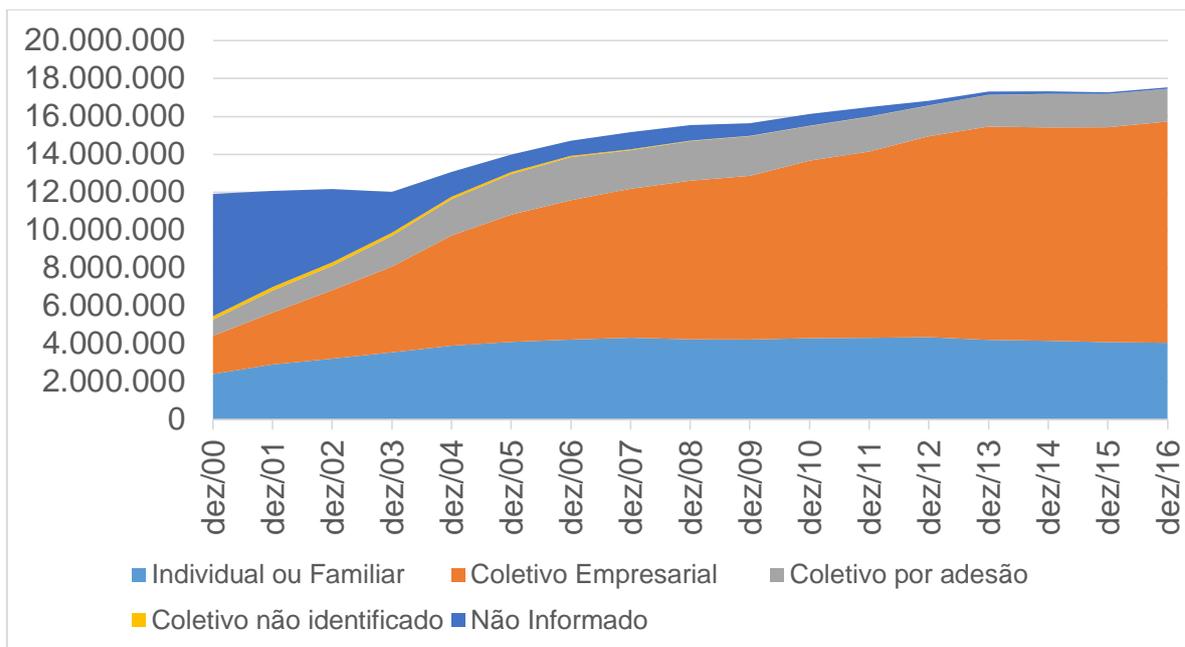


Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

A maior parte dos contratos das medicinas de grupo são do tipo coletivo empresarial (gráfico 07), e cerca de 8 milhões dos beneficiários com esse tipo de contratação estão localizados na região sudeste (gráfico 08), o que corresponde a aproximadamente, 46% do total de beneficiários da modalidade. Das operadoras, 67% também se concentram na região Sudeste (Tabela 3), o que pode evidenciar a preferência dessa modalidade pelos contratos com as empresas da região:

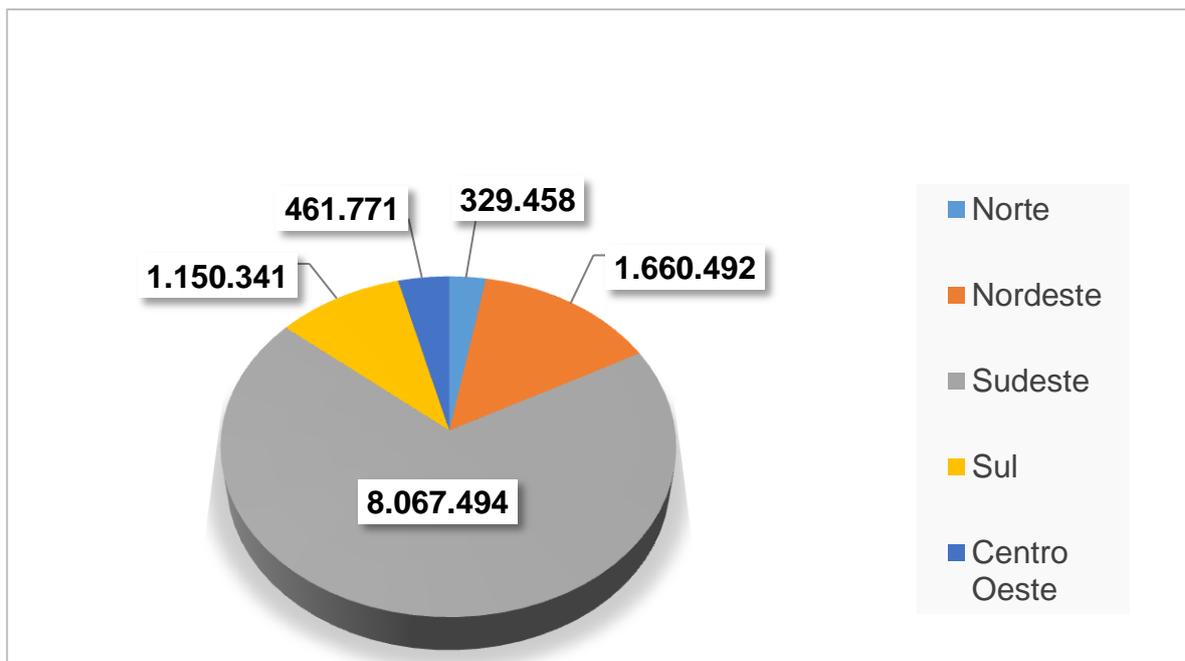
Gráfico 7 – Concentração por tipo de contratação nas medicinas de grupo (dez/2000 – dez/2016)



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

Gráfico 8 - Distribuição por região dos contratos coletivos empresariais das medicinas de grupo (dez/2016)



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

Tabela 3 – Operadoras da modalidade medicina de grupo com beneficiários segundo região da sede (dez/2016)

Região da Sede	Nº de operadoras com beneficiários
Norte	4
Nordeste	25
Sudeste	176
Sul	43
Centro Oeste	14
Total	262

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Tabela construída com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

A segunda modalidade de planos privados de assistência à saúde surgiu com as cooperativas médicas, definidas pela Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – RDC n.º 39/2000²⁹, como sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a Política Nacional de Cooperativismo (Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971)³⁰, que operam planos privados de assistência à saúde. Essa modalidade, surge como estratégia liderada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e alguns sindicatos médicos “para preservar a autonomia da categoria médica, à lógica lucrativa dos proprietários das empresas de medicina de grupo” (MENICUCCI, 2003, p. 114) e, inicialmente, obedeciam a regulamentação do Ministério da Agricultura para as cooperativas em geral.

De acordo a ANS (BRASIL, 2017a), em dezembro de 2016 esta modalidade era composta por 305 cooperativas organizadas em três instâncias: as cooperativas singulares, com área de atuação restrita a um ou mais municípios; as federações, constituídas de no mínimo três singulares; e as confederações compostas de três ou mais federações (ALMEIDA, 2008). Nessas operadoras, os médicos cooperados,

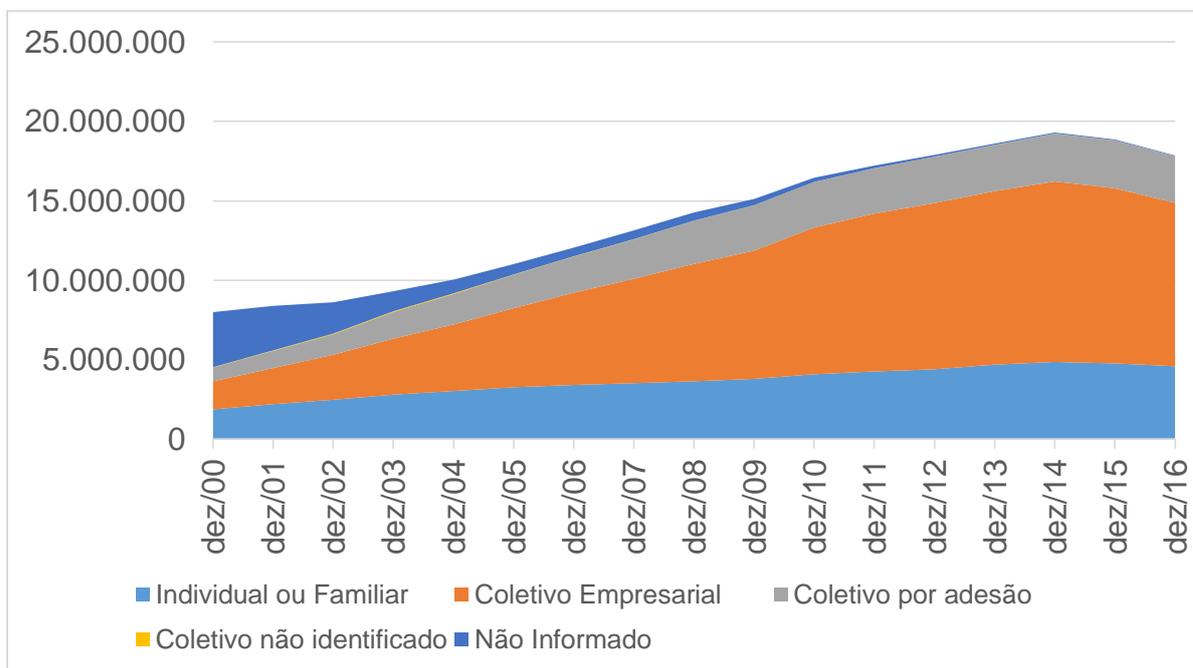
²⁹(BRASIL, 2000)

³⁰(BRASIL, 1971)

são, simultaneamente, sócios e prestadores de serviço e recebem pagamento proporcional ao tipo e ao volume do atendimento, acrescido de um valor que procede do rateio do lucro final. Em alguns casos, podem ser funcionários das cooperativas e receber salários, como auditores ou plantonistas de hospitais próprios.

Também competiu às cooperativas médicas inicializar a comercialização de planos individuais, que se deu a partir da captação de clientes nas cidades do interior de São Paulo. Mas, em pouco tempo, as cooperativas se espalharam por todo o país, com clientes também provenientes dos planos coletivos (MENICUCCI, 2003). No gráfico 09 é possível perceber o crescimento dos contratos empresariais na modalidade de cooperativas médicas, ao longo dos anos 2000.

Gráfico 9 - Concentração por tipo de contratação nas cooperativas médicas (dez/2000 – dez/2016)



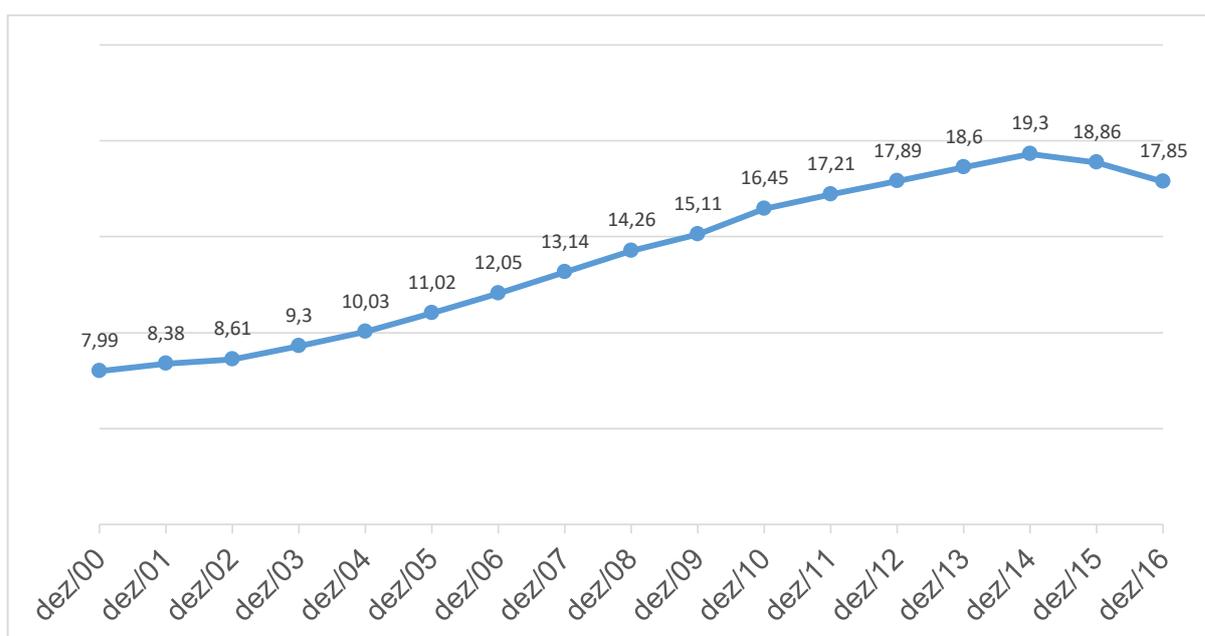
Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

A vinculação dos seus mais de 18 milhões de usuários se faz mediante o pré-pagamento a planos individuais, familiares e empresariais e o atendimento desses, pode ser realizado em consultórios particulares dos médicos cooperados, nas

unidades hospitalares e centros de diagnóstico e terapia próprios, ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciadas. De acordo com os dados da ANS as cooperativas médicas, desde 2010, vem apresentando o maior número de beneficiários entre as modalidades, chegando a 19,4 milhões em março de 2014, mas desde setembro de 2015 vêm experimentando redução (BRASIL, 2017a) (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Beneficiários das cooperativas médicas (dez/2000 - dez/2016)



Fonte: Elaboração própria, 2017.

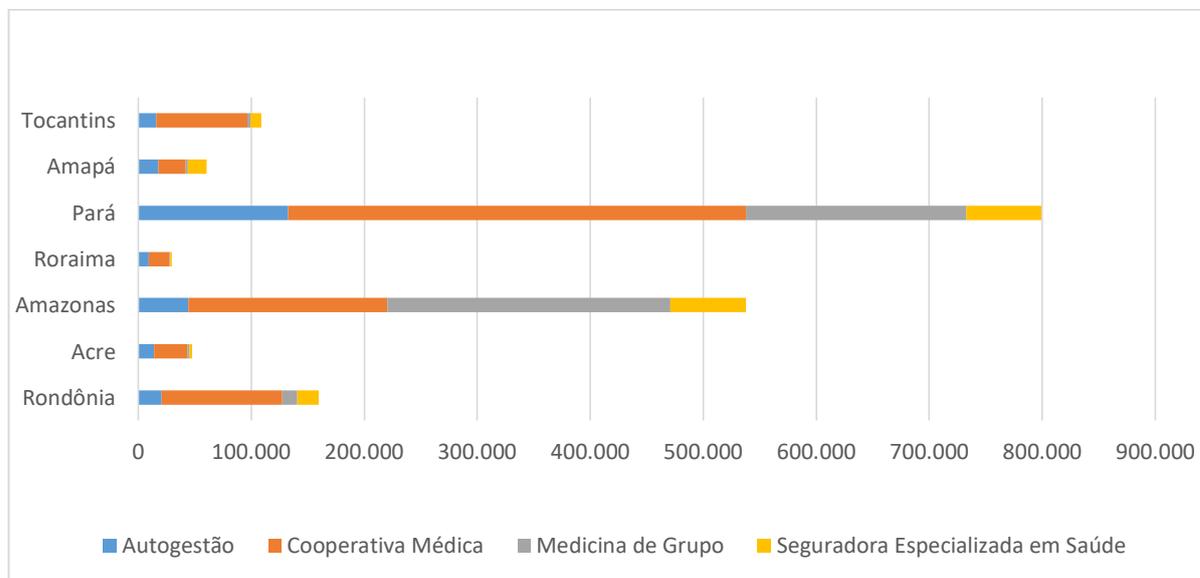
Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

Apesar de ter menor concentração de beneficiários do que as empresas de medicina de grupo, nas regiões Nordeste e Sudeste – em São Paulo, a diferença de beneficiários entre essas modalidades chega a, aproximadamente, 4 milhões-, a expansão das cooperativas foi territorialmente a mais abrangente, com a maior quantidade de beneficiários em 16 estados do Brasil, principalmente nas regiões Norte, Sul e Centro Oeste.

Na região Norte, apenas no estado do Amazonas a quantidade de beneficiários das cooperativas médicas se apresenta menor do que as medicinas de

grupo. Em todos os outros as cooperativas médicas possuem maior expressão no mercado (gráfico 11).

Gráfico 11 – Proporção de beneficiários das cooperativas médicas na região Norte (dez/2016)

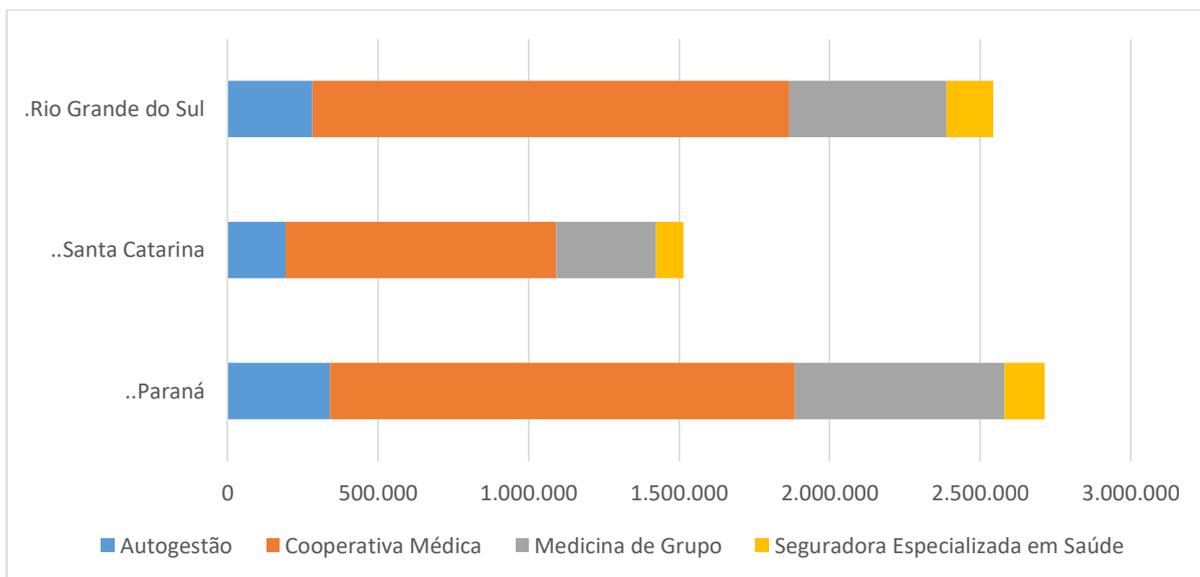


Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

Na Região Sul, também prevalecem os contratos com as empresas de cooperativas médicas (gráfico 12).

Gráfico 12 - Proporção de beneficiários das cooperativas médicas na região Sul (dez/2016)

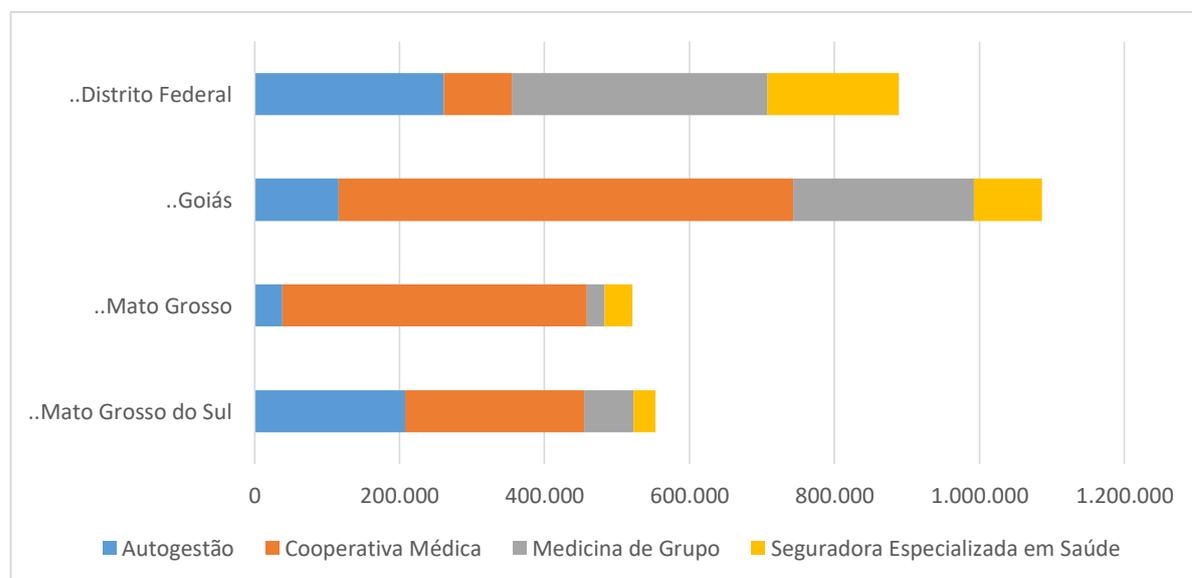


Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

Na região Centro Oeste, apenas no Distrito Federal a quantidade beneficiários das cooperativas médicas é quase quatro vezes menor do que as medicinas de grupo. Nos demais estados, a maioria dos contratos pertence à primeira modalidade (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Proporção de beneficiários das cooperativas médicas na região Centro Oeste (dez/2016)



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

Os estados que não aparecem nos gráficos são Minas Gerais, que possui um número três vezes maior de contratos com as cooperativas médicas (2,9 milhões), em relação às medicinas de grupo (0,93 milhões) e Espírito Santo, na região Sudeste. Nos estados do Nordeste, as cooperativas médicas possuem a maior parte dos beneficiários da Paraíba e Alagoas.

A quase totalidade dessa modalidade é constituída pelas UNIMEDs³¹, organizadas, nacionalmente, na Confederação das UNIMED do Brasil, que passou a ser chamada de UNIMED do Brasil, responsável pela manutenção dos interesses do maior sistema de cooperativas médicas do mundo (BRASIL, 2002). Outra importante entidade é a Federação Nacional de Cooperativas Médicas – FENCOM, fundada em 1994, que congrega 42 cooperativas.

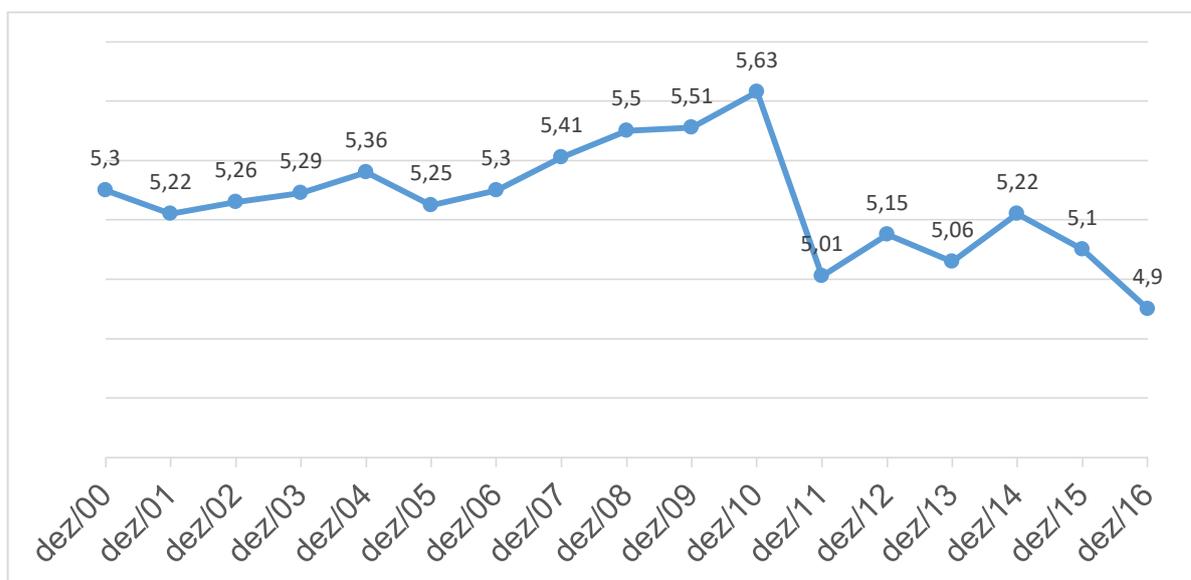
Já as operadoras de autogestão, de acordo com a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) correspondem ao modelo em que as próprias empresas e organizações, por meio do departamento de recursos humanos ou associações de empregados (entidades como fundações e caixas de assistência), administram o programa de assistência à saúde dos seus empregados e dependentes (UNIÃO, 2005).

O objetivo das operadoras de autogestão é oferecer aos beneficiários recursos e serviços credenciados mediante convênios, ou de livre-escolha por meio de reembolso. Ambos os tipos dispensam a contratação das empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras, entre outras, eliminando os custos com o processo de intermediação.

³¹A UNIMED é uma a rede de assistência médica do Brasil, que nasceu em 1967 e está presente hoje em 84% do território nacional. É também o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo. O Sistema Unimed é composto por cooperativas médicas, Singulares, Federações e Confederação. A CNU - Central Nacional Unimed é a operadora nacional do Sistema e nasceu com a regulamentação dos planos em 1998 (CENTRAL, 2017).

Englobam o universo da autogestão desde empresas privadas e organizações públicas, até fundações, cooperativas de usuários e entidades associativas, beneficentes, assistenciais, previdenciárias ou sindicais, entre outras. Com um total de 177 operadoras, sendo 88 dessas concentradas na região Sudeste (BRASIL, 2017a), a modalidade responde pelo atendimento a quase 5 milhões de beneficiários em todo o país (gráfico 14).

Gráfico 14 - Beneficiários de autogestão (dez/2000 - dez/2016)



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

Das operadoras de autogestão com registro ativo na agência, a modalidade conta com um total de 14 organizações que não possuem beneficiários, 98 com um universo de até 10 mil beneficiários, 09 operadoras que atendem acima de 100 mil beneficiários, e apenas 1 organização que ultrapassa os 500 mil usuários (tabela 02).

Em termos das formas de custeio dos planos de saúde, algumas das autogestões chegam a financiar totalmente os investimentos na assistência médica proporcionada aos seus beneficiários. É comum, no entanto, que o custeio dos planos seja dividido entre a organização patrocinadora - Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal e Petrobras, por exemplo - e a população de usuários, no

processo denominado de coparticipação. Esse rateio pode ocorrer de diferentes formas: “com base em um valor pré-fixado, em um percentual do salário, em função da faixa etária do participante, do número de dependentes, ou por um percentual sobre a utilização dos benefícios” (UNIÃO, 2005, p. 60).

As empresas dessa modalidade são representadas pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS). Trata-se de uma entidade associativa sem fins lucrativos, criada em novembro de 2002, “cujo desafio principal é conseguir tratamento diferenciado para a modalidade da autogestão na regulamentação governamental” (MENICUCCI, 2003, p. 141). A entidade atua por meio de 27 Superintendências Estaduais, que têm como objetivo subsidiar as instituições de autogestão nos Estados e no Distrito Federal (UNIDAS,2017).

No que se refere às empresas seguradoras especializadas em saúde, a modalidade funciona como uma intermediadora financeira que reembolsa os gastos com assistência médica do segurado, segundo as condições estabelecidas no contrato (ALMEIDA, 2008). O seguro-saúde foi criado pelo Decreto Lei nº 73/1966 e tem por característica a livre escolha de médicos e hospitais pelos beneficiários, embora conte com uma rede referenciada de prestadores de serviços.

Embora as seguradoras representem a modalidade empresarial mais recente no mercado de planos e seguros privados de saúde, com um expressivo aumento de beneficiários a partir da segunda metade da década de 1990, a sua importância transcende a participação numérica no setor (BAHIA, 1999), que chegou a 7,5 milhões de beneficiários no segundo semestre de 2014, apresentando uma queda em relação ao mesmo período no ano de 2016, com 6,9 milhões de beneficiários (BRASIL, 2017a).

A intensa comercialização de seguros semelhantes aos planos pelas grandes seguradoras e a regulação do mercado à sua feição (como instituições financeiras) através das instituições do Sistema Nacional de Seguros (Superintendência de Seguros Privados –SUSEP e Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), “as tornaram importantes interlocutoras do governo no setor da assistência médica suplementar” (BAHIA, 1999, p. 213). Com essa condição, as empresas médicas foram submetidas ao Sistema Nacional de Seguros, criado com o Decreto Lei nº

73/66 e, mais tarde, às suas instituições como a SUSEP e o CNSP que alavancaram a comercialização do seguro saúde e baseavam suas ações na área econômica, preocupando-se, por exemplo:

(...) com os aumentos dos valores dos planos e com a evasão fiscal decorrente da natureza filantrópica de muitas das empresas e da prestação de serviços de tantas outras implicando uma redução considerável na arrecadação do imposto sobre operações financeira (I.O.F.) (BAHIA, 1999, p. 249)

Mas, os objetivos regulamentadores da superintendência encontraram barreiras, principalmente entre as empresas de medicina de grupo, representadas pela Abramge, “que acusavam a SUSEP de tentar cartelizar o setor através da obrigatoriedade das empresas médicas a operarem sob a modalidade de seguro-saúde” (Bahia, 1999, p. 251).

A despeito da potência dos argumentos esgrimidos parte a parte é possível que a Abramge tenha conseguido barrar os objetivos regulamentadores da SUSEP menos em função da compreensão governamental das diferenças entre as modalidades da assistência médica supletiva e mais pelo acionamento de alianças com personalidades políticas (BAHIA, 1999, p. 251)

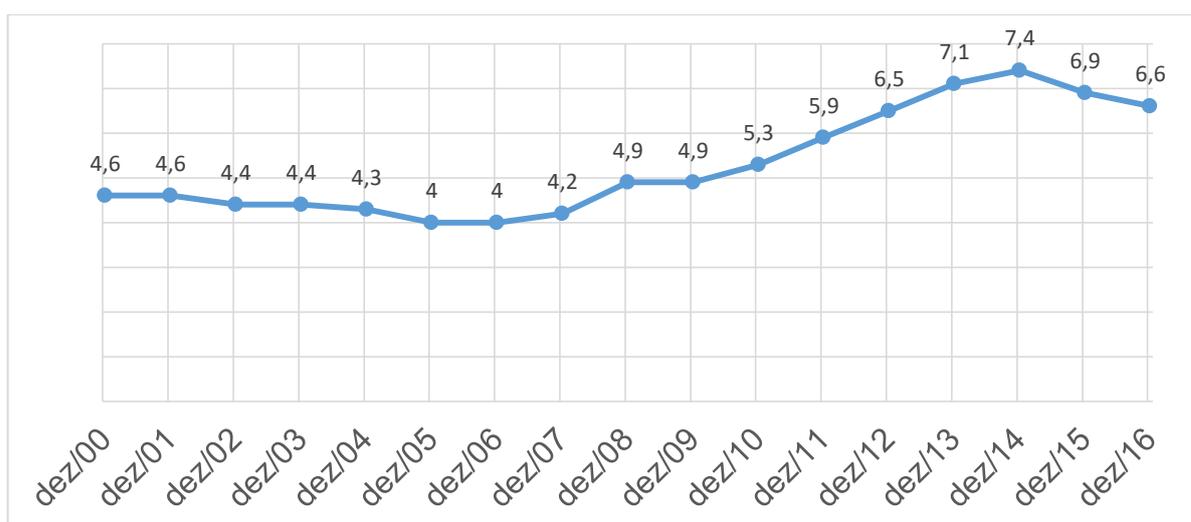
Esse modelo de regulação se configura como a primeira tentativa de regulamentação do setor de planos de saúde, mas deixou de existir completamente a partir da criação da ANS nos anos 2000, concentrando todas as funções regulatórias na agência. Hoje, as seguradoras de saúde estão organizadas na Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg), criada em agosto de 2008.

As seguradoras de saúde apresentaram no período de 2000 a 2016, um número constantemente menor de beneficiários do que as cooperativas médicas e as medicinas de grupo (Gráfico 05). No entanto, nove (9) seguradoras com beneficiários, possuem uma faixa acima de 10.000 segurados, sendo que 03

empresas possuem acima de 500.000. Ou seja, a concentração de operadoras por modalidade é mais nítida entre as seguradoras do que o observado nas demais modalidades de operadoras (tabela 02).

No gráfico 15, é possível observar o crescimento no número de beneficiários da modalidade, que atingiu seu maior índice em 2014, com 7,45 milhões de beneficiários, mas, terminou os anos subsequentes com considerável redução:

Gráfico 15 - Beneficiários das seguradoras especializadas em saúde (dez/2000 - dez/2016)

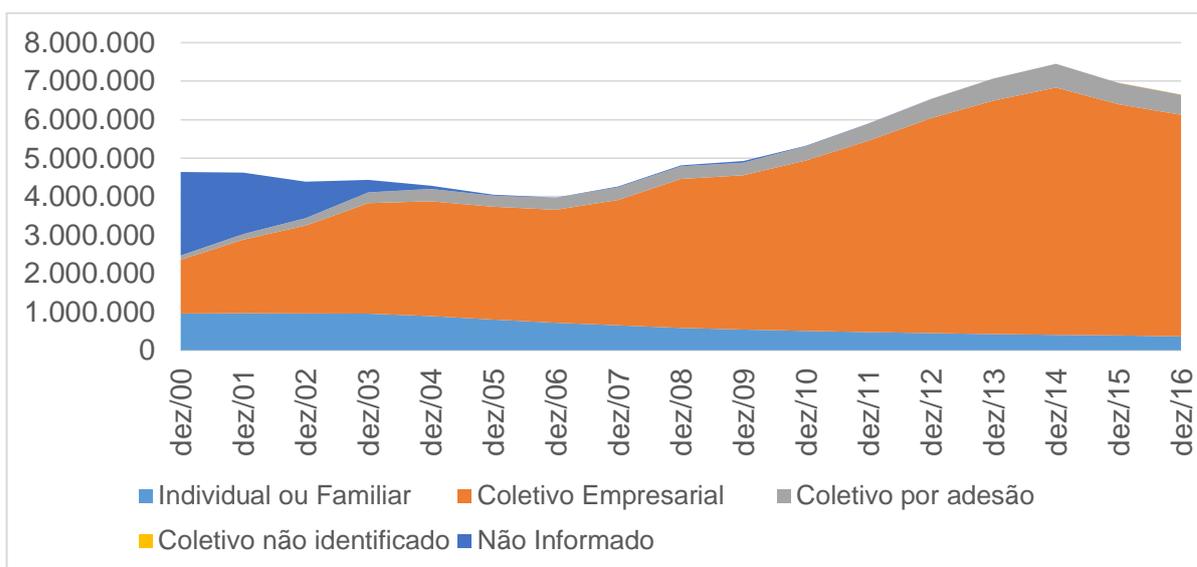


Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET (BRASIL, 2017a)

A maior parte desses segurados está vinculada através de contratos coletivos empresariais (gráfico 16). Em dezembro de 2014, as contratações desse tipo chegaram a 6,4 milhões de contratos, com queda de aproximadamente 670 mil, em dezembro de 2016.

Gráfico 16 - Concentração por tipo de contratação nas seguradoras especializadas em saúde (dez/2000 – dez/2016)



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Gráfico construído com dados da ANS – TABNET

Apesar da queda no número de beneficiários, as receitas das seguradoras somaram R\$ 36 bilhões, no ano de 2016, sendo a empresa Bradesco a líder de faturamento no período (tabela 04). Em relação ao mercado de seguros, o faturamento das seguradoras do ramo da saúde chegou a representar o maior montante, no mesmo ano (SINDICATO, 2016):

Tabela 4 – Receita das seguradoras de saúde (2016)

Ranking	Grupos	Valores
1	Bradesco	19.044.678
2	Sulamérica	12.213.723
3	Unimed	1.986.436
4	Porto seguro	1.114.134
5	Sompo	506.181
6	Caixa seguros	468.143
7	Allianz	445.699
8	Itaú	156.801
9	Salutar	93791
TOTAL		36.029.586

Fonte: Sindicato dos Corretores de seguros no Estado de São Paulo, 2016.
Elaboração: Sindicato dos Corretores de seguros no Estado de São Paulo

Além da grande fatia que representa o faturamento das seguradoras no mercado de planos privados de assistência à saúde, a receita do setor, considerando as demais modalidades, também seguiu em expansão no ano de 2016. O somatório do faturamento das operadoras apresentou contraprestações efetivas no total de R\$ 158,34 bilhões (aumento nominal de 12,86%), e eventos indenizáveis da ordem de R\$ 135,57 bilhões, crescendo, então, quase 70% o resultado financeiro líquido do setor, no ano de 2016 (BRASIL, 2017d).

Esse cenário revela que, embora as políticas adotadas pelo governo Dilma Rousseff, em meio à crise do neodesenvolvimentismo -aumento dos juros, a partir de 2013, esgotamento dos recursos públicos gastos para preservar o emprego e renda anunciado em 2015 – além do recuo dos investidores estrangeiros no Brasil, pelas críticas ao ativismo estatal, tenham diminuído a participação do setor produtivo no país e tornado instável o seu crescimento, os interesses da chamada coalizão rentista foram ficando mais evidentes esse expressando nas políticas públicas com a financeirização dos seus recursos. Na saúde, a valorização dos interesses rentistas, contribuiu para uma forte presença do capital portador de juros no seu orçamento público federal, além de reforçar a exploração do capital estrangeiro nas suas ações e serviços (MENDES, 2015).

Ao tratar de conhecer as características recentes do mercado de planos privados de assistência à saúde foi possível perceber que os impactos da diminuição do emprego e da renda apesar de implicar a redução no número de beneficiários do setor, nos anos de 2015 e 2016, numa perspectiva de unidade com a indústria de equipamentos e medicamentos, além dos grandes hospitais, alimentou o capital portador de juros, revelado, concretamente, no crescimento da lucratividade das seguradoras de saúde.

Também foi possível perceber que apesar das empresas de planos privados de saúde se organizarem em associações e entidades de acordo com as modalidades da oferta dos serviços de saúde, como a UNIDAS, CNSeg, FENCOM, UNIMED e ABRAMGE, e possuem um denominador comum de lucratividade do capital através da exploração de serviços privados na saúde, esses grupos corporativos nem sempre se constituem em torno de um bloco homogêneo de

interesses, mas representam frações de classe burguesas diversas, podendo existir relações de oposição até mesmo entre as empresas de um mesmo grupo corporativo.

O cenário de crescimento do mercado de planos privados de assistência à saúde, ao longo dos anos 2000, bem como a sua retração com a redução dos contratos de tipo empresariais, pelo aumento das taxas de desemprego a partir de 2014, também contribuiu para a configuração de um mosaico de interesses em torno da questão saúde no poder legislativo, desde os defensores do SUS, até os defensores dos interesses empresariais, configurando verdadeiras disputas entre um projeto de saúde pública e um projeto de saúde privatizante (BAPTISTA, 2012). Se, até aqui, compreendemos que as classes sociais e os seus interesses dependem não apenas do lugar objetivo que cada grupo social ocupa na produção, mas também de sua atuação política, do movimento desse grupo na luta entre as classes, que interesses de classe podem ser percebidos na relação entre o mercado de planos privados de assistência à saúde e o Estado, no âmbito do Poder Legislativo Federal brasileiro?

De acordo com Scheffer e Bahia (2011), são complexos os dispositivos acionados para proteger e favorecer a atuação de organizações e empresas privadas que atuam no setor de saúde no Brasil, e que influenciam na definição das políticas e nas legislações setoriais. A existência de canais de comunicação entre os grupos de interesses e o Congresso Nacional, como as frentes parlamentares, além do investimento dos planos privados de assistência à saúde nas campanhas eleitorais, através do financiamento privado, realizado de maneira legal até as eleições de 2014, sugerem haver muitas possibilidades de representação desses interesses, como veremos a seguir.

3.2 Os elos do mercado de planos privados de assistência à saúde com o Poder Legislativo Federal

No Brasil contemporâneo, com o fim do ciclo militar, assistimos a uma revalorização do Congresso Nacional – ampliação das funções parlamentares com a Constituição de 1988, revitalização dos partidos e comissões parlamentares, atuação aberta de lobbies -, sem romper com as estruturas da formação sócio-histórica brasileira de representação dos interesses burgueses no Estado (VIANNA, 2000). Ou seja, embora as condições propiciadoras para a representação dos interesses burgueses no Estado brasileiro tenham se consolidado ao longo da história do país, a elaboração da atual Constituição foi uma oportunidade de extrema visibilidade para a consolidação de canais de representação dos interesses de classe, no Poder Legislativo.

No período Constituinte, a necessidade de comunicação dos segmentos, principalmente empresariais, mas também de trabalhadores, com o Congresso Nacional, se refletiu, portanto, no aumento e na diversificação de instrumentos e canais de comunicação, como as assessorias parlamentares e o acompanhamento das movimentações em torno de assuntos específicos, nos diversos espaços políticos do Legislativo, como as frentes parlamentares, mais conhecidas como “bancadas” e as comissões permanentes, que são órgãos colegiados auxiliares do processo legislativo, destinados a apreciar as proposições legislativas.

Embora se utilizem dos mesmos instrumentos para representação dos seus interesses no Congresso, em geral, no Brasil, os grupos empresariais atuam de modo fragmentado, a partir de agrupamentos setoriais e lobistas de empresas, buscando detalhes da extensiva e ambígua legislação da Constituição de 1988, que possam deslanchar microconflitos no Congresso Nacional e oportunizar novos negócios, através da transformação das suas demandas em matérias legislativas (VIANNA, 2000).

As formas de comunicação dos grupos de interesses no Congresso, podem se dar em diversos espaços políticos, a exemplo das frentes parlamentares, que são formadas, geralmente, por deputados ou senadores e membros colaboradores, em

que estão inclusos ex-parlamentares e os “interessados” não parlamentares, representantes de grupos de interesse vinculados à “questão” em pauta. Atribui-se às frentes o exercício de formulação de políticas e de “articulação” de forças para sua viabilização ou transformação em legislação, ou ainda acompanhamento de sua execução (CORADINI, 2010).

As frentes parlamentares foram definidas através do art. 2º do Ato da Mesa nº 69, de 10/11/2005, da Câmara dos Deputados, como “associação suprapartidária de pelo menos um terço de membros do Poder Legislativo Federal, destinada a promover o aprimoramento da legislação federal sobre determinado setor da sociedade”. Seus objetos de trabalho, apesar de estarem vinculados à uma questão específica, não possuem necessariamente uniformidade nas posições de seus membros, que podem ter diversas interpretações, devido às suas diferentes afinidades regionais, corporativas (setoriais ou profissionais), ideológicas, culturais (CORADINI, 2010).

Tamanha multiplicidade de interesses e questões se reflete na grande quantidade de frentes parlamentares registradas na atual Legislatura, que chega a 271 frentes, em 2017 (BRASIL, 2017b). No que refere à temática da saúde, percebe-se o crescimento de frentes parlamentares desde os primeiros períodos em que passaram a ser registradas, na 52ª Legislatura (2003-2006), bem como a diversificação dos interesses representados por elas, conforme é possível perceber no quadro 01:

Registro das Frentes Parlamentares na Câmara dos Deputados conforme ato da mesa nº 69, de 10/11/2005		
Legislatura	Frente Parlamentar	Presidente
52 ^a	Frente Parlamentar da Saúde	Deputado Darcísio Perondi
	Frente Parlamentar de Apoio às Cooperativas de saúde	Deputado Serafim Venzon
	Defesa das Santas Casas de Misericórdia, hospitais e entidades filantrópicas da área da saúde	Deputado Marcelo Ortiz
53 ^a	Frente Parlamentar de Apoio as Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas na Área da Saúde	Deputado Marcelo Ortiz
	Frente Parlamentar em Defesa do Profissional da Saúde	Deputado Damião Feliciano
	Frente Parlamentar de apoio aos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias	Deputado Valtenir Pereira
54 ^a	Frente Parlamentar Mista em Defesa do Complexo Industrial da Saúde.	Francisco Chagas
	Frente Parlamentar de Atenção Integral à Saúde do Homem.	Dr. Jorge Silva
	Frente Parlamentar em Defesa da Segurança e Saúde no Trabalho.	Vicentinho
	Frente Parlamentar em defesa das Práticas Integrativas da Saúde (Frente Holística)	Giovani Cherini
	Frente Parlamentar em Defesa dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias	Raimundo Gomes de Matos
	Frente Parlamentar em Defesa dos Profissionais da Saúde	Damião Feliciano
	Frente Parlamentar Mista de Apoio aos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias	Valtenir Pereira
	Frente Parlamentar Mista em Defesa da Saúde da Mulher	Dra. Elaine Abissamra

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Quadro construído com base nos dados disponíveis no sítio da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2017b).
Quadro 1 - Registro das Frentes Parlamentares na Câmara dos Deputados conforme ato da mesa nº 69, de 10/11/2005. (continuação)

55 ^a	Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Indígena	Valtenir Pereira
	Frente Parlamentar da Saúde - FPS	Osmar Terra
	Frente Parlamentar de Atenção Integral à Saúde do Homem	Dr. Jorge Silva
	Frente Parlamentar em Defesa da Saúde e Segurança no Trabalho	Vicentinho
	Frente Parlamentar em Defesa dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias	Raimundo Gomes de Matos
	Frente Parlamentar Mista de Apoio aos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias	Valtenir Pereira
	Frente Parlamentar Mista de Manutenção das Unidades de Saúde	Marcio Alvino
	Frente Parlamentar Mista de Práticas Integrativas em Saúde (Frente Holística)	Giovani Cherini

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Quadro construído com base nos dados disponíveis no sítio da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2017b).

Além das frentes parlamentares, as comissões permanentes também representam um outro canal de comunicação dos grupos de interesses no Congresso, e se constituem como órgãos colegiados auxiliares do processo legislativo, destinados a apreciar as proposições legislativas. As comissões funcionam como uma parcela representativa do Plenário, composta por parlamentares, que no processo de apreciação constroem um parecer emitindo opinião técnica sobre o tema - podendo introduzir alterações no texto da proposição original-, antes de levar ao plenário, ou votam aprovando ou rejeitando a matéria, dependendo do tipo proposição (BRASIL, 2017c). É através da inserção nesses espaços políticos que as empresas privadas ou organismos internacionais tentam influenciar o poder Legislativo a aprovar projetos que os beneficiem ou a rejeitar aqueles que possam vir a lhes prejudicar (PENA, 2010).

Uma das técnicas fortemente utilizadas para influenciar na conduta dos parlamentares e partidos é o financiamento privado de campanhas, que representa

um conjunto de problemas, como o *peso dos recursos financeiros na distorção eleitoral*, pois o encarecimento das campanhas eleitorais aponta para uma crescente manipulação do eleitorado pelas modernas técnicas de propaganda e comunicação, em detrimento de uma possível relação mais orgânica e consciente entre os partidos e seu eleitorado; *a influência sobre a representação política, pela subversão do princípio da igualdade dos cidadãos*, pois as garantias mínimas para assegurar esse princípio ficam fragilizadas em sistemas em que há a possibilidade de influenciar a representação através de doações aos partidos e candidatos, dada a capacidade desigual dos cidadãos de aportar recursos para as campanhas; e *a possível dependência dos candidatos eleitos dos seus financiadores*, podendo se expressar numa concessão de favores, vantagens, ou representação privilegiada dos interesses dos candidatos ao serem eleitos. Nesse caso, as doações estariam comprando acesso ao poder (SPECK, 2005, 2006).

Nas últimas décadas tem crescido o debate em torno das normas para regular o financiamento político e, recentemente, com a aprovação da Reforma Eleitoral (Lei nº 13.165/2015), a partir das eleições de 2016, os recursos destinados às campanhas eleitorais somente serão admitidos quando provenientes de: recursos próprios dos candidatos; doações financeiras ou estimáveis em dinheiro de pessoas físicas; doações de outros partidos e de outros candidatos; comercialização de bens e/ou serviços ou promoção de eventos de arrecadação realizados diretamente pelo candidato ou pelo partido; e receitas decorrentes da aplicação financeira dos recursos de campanha. Também serão aceitas doações originadas de recursos próprios das agremiações partidárias, desde que seja identificada a sua origem e que sejam provenientes: do Fundo Partidário; de doações de pessoas físicas efetuadas aos partidos políticos; de contribuição dos seus filiados; e da comercialização de bens, serviços ou promoção de eventos de arrecadação. A legislação ainda estabelece que, nas campanhas eleitorais, as legendas partidárias não poderão transferir para o candidato ou utilizar, direta ou indiretamente, recursos que tenham sido doados por pessoas jurídicas, ainda que em anos anteriores. Essa proibição também foi fixada pelo STF no julgamento da ADI nº 4650 (TRIBUNAL, 2016).

Entretanto, a participação das empresas de planos privados de assistência à saúde no financiamento privado das campanhas eleitorais no Brasil, realizadas de maneira legal até as eleições de 2014 para políticos de diversos partidos e candidaturas-, evidencia que há elos bastante estreitos desse setor empresarial com o Poder Legislativo Federal.

Nas eleições de 2006, cerca de 62 empresas de planos privados de assistência à saúde doaram mais de sete milhões de reais para os candidatos que concorreram aos cargos de deputados estaduais, deputados federais, senadores e governadores. Foram identificadas empresas da modalidade cooperativa médica, responsáveis por 75,7% das doações, sendo que a Federação das Unimed do estado de São Paulo, a Unimed cooperativa médica e a Unimed do estado do Paraná doaram juntas mais de 50% do total das contribuições. Os 24,3% restantes, foram atribuídos às doações das operadoras da modalidade medicina de grupo. Nesse período, não foram registradas doações provenientes das seguradoras especializadas em saúde, nem das operadoras de autogestão, embora as empresas que oferecem esse tipo de plano de saúde para seus empregados tenham contribuído com as campanhas eleitorais. A participação da Federação das Unimed do estado de São Paulo, responsável por 40% das doações contrasta com a maior empresa de medicina de grupo do período, a Amil, que ficou no 51º no ranking de doações (SCHEFFER; BAHIA, 2011).

Na distribuição dos recursos entre os partidos, independente de terem sido ou não eleitos, Scheffer e Bahia (2011) indicam que houve uma inclinação das doações de maior valor para os partidos situados mais à direita, embora candidatos de 17 partidos diferentes tenham recebido financiamento. Os partidos mais beneficiados, Democratas (DEM), Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e o Partido Verde (PV), que receberam mais de 1 milhão cada, eram da base dos partidos de oposição ao governo Lula na câmara, na 53ª Legislatura.

Entre os candidatos financiados, foram eleitos 28 deputados federais, 27 deputados estaduais – concentrados nos estados de São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, além de um deputado nos estados de Minas Gerais, Amazonas e Sergipe- e 03 governadores. Em alguns casos, as doações das

empresas de planos de saúde representaram quase a totalidade dos recursos recebidos pelos candidatos, indicando a possível aposta na atuação particularista do candidato como representante político da empresa. Também se registrou candidaturas que contaram com o apoio de empresas pertencentes tanto à modalidade de cooperativa médica, quanto à modalidade de medicina de grupo, sugerindo a possibilidade de uma atuação em defesa de interesses comuns ao ramo (SCHEFFER; BAHIA, 2011).

Uma nova modalidade de operadora surge no financiamento das campanhas de 2010. Três empresas administradoras que atuam na gestão, administração e comercialização de benefícios coletivos por adesão: Qualicorp, Aliança e Unimed Goiana Corretora, figuram pela primeira vez no financiamento formal, coincidindo com o momento de crescimento deste ramo. Essas empresas foram responsáveis por 17,58% das doações, o que corresponde a mais de 2 milhões de reais. Também se configura como característica do período a baixa contribuição das seguradoras especializadas em saúde. Não fosse a doação de 700 mil reais, realizada pela Unimed seguradora, a modalidade continuaria ausente do financiamento, como nas eleições de 2006³². As maiores doações permaneceram vinculadas às cooperativas médicas, sendo a Unimed do estado de São Paulo – Federação Estadual das Cooperativas Médicas, novamente campeã de doações. A empresa sozinha realizou uma doação de aproximadamente 3,5 milhões, seguida da administradora Qualicorp, que destinou 1,9 milhões. Os outros 6,4 milhões contabilizados nas eleições de 2010 foram doados pelas demais 46 empresas que também participaram do financiamento (SCHEFFER; BAHIA, 2013).

Com o apoio financeiro dos planos de saúde, tomaram posse em 2011, 38 deputados federais, sendo 10 reeleições que também haviam recebido apoio nas eleições de 2006. Entre os 73 deputados estaduais que receberam doações, 26 foram eleitos, chamando atenção o crescimento de deputados do Estado de Minas Gerais que, em 2006, elegeu 1 deputado estadual e, em 2010, elegeu 7. Também

³² Algumas seguradoras e bancos que comercializam vários tipos de seguros, inclusive saúde, figuram como doadoras, mas não foram computadas no estudo (SCHEFFER; BAHIA, 2013)

foram eleitos 3 senadores, 4 governadores e a Presidente da República, Dilma Rousseff. A maior fatia na distribuição dos recursos, entre os partidos dos candidatos que disputaram as eleições, foi para o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), com 28,94%, mas a aposta nos candidatos do PSDB continuou com a destinação de 18,16%, seguida das contribuições ao PT, com 14,05%.

Nas eleições de 2014, o volume de recursos doados foi quase 5 vezes maior do que o investido na campanha de 2010, repassados a 23 partidos e 131 candidatos. Os 54.902.441,22 milhões de reais doados, foram provenientes de 40 empresas classificadas de pequenas doadoras – que doaram abaixo de 75 mil reais -, as doadoras médias – que doaram até 1 milhão de reais -, e as grandes doadoras - que doaram acima de 5 milhões de reais cada (SCHEFFER; BAHIA, 2015).

Embora o número de empresas que participaram das doações tenha diminuído em relação aos anos de 2006 e 2010, houve o comparecimento de todas as modalidades de operadoras comerciais. A concentração das doações ficou evidente entre as grandes doadoras: Unimed que realizou um total de, aproximadamente, 5,5 milhões de reais, a Qualicorp com 6 milhões, a Bradesco Saúde com cerca de 14 milhões e a maior doadora Amil que disponibilizou mais de 26 milhões. Essas empresas foram responsáveis por 95% das doações, sinalizando investimentos em bloco dos interesses das operadoras com melhores posições no mercado (SCHEFFER; BAHIA, 2015).

A maior parte dos recursos, mais de 33 milhões de reais, foi direcionada para os comitês financeiros e diretórios partidários, e a outra parte foi destinada diretamente aos candidatos³³: a) 11 milhões para a campanha da candidata à presidência Dilma Rousseff, sendo 7 milhões doados pela empresa Amil e 4 milhões da empresa Qualicorp³⁴; b) 4,5 milhões para 13 candidatos ao cargo de Governador, sendo 03 eleitos; c) 3,6 milhões para 52 candidatos à Deputado Federal, sendo 29

³³ Os recursos repassados diretamente aos candidatos não incluem os valores repassados à candidatos via Comitês e Direções.

³⁴ O candidato Aécio Neves e Marina Silva também receberam recursos que foram doados pelas empresas Qualicorp e Amil para os Comitês financeiros Nacionais do PSB e PSDB.

eleitos;d) 2 milhões destinados para 59 candidatos à Deputado Estadual, com 24 eleitos; e) aproximadamente 400 mil para a campanha de 4 candidatos ao cargo de Senador, sendo 3 eleitos (SCHEFFER; BAHIA, 2015).

Os estudos apresentados até aqui sugerem haver muitas formas de representação dos interesses de classe burguesesno Congresso Nacional brasileiro. Seja através das assessorias parlamentares, das frentes parlamentares - pela multiplicidade de atores na sua composição, que inclui além dos parlamentares, ex-deputados e outros membros colaboradores não parlamentares, representantes de grupos de interesse vinculados à “questão” central da frente- ou do financiamento privado de campanha.

Embora as formas de atuação política do setor de planos privados de assistência à saúde sejam realizadas de maneira fragmentada, uma vez que, no que se refere ao financiamento privado das campanhas eleitorais as doações “eram realizadas” de maneira individual entre as empresas e os candidatos ou partidos políticos, o processo político pode ser concebido como resultado do conflito entre classes e das frações de classe burguesas, que, mantidas suas particularidades, disputam no interior do Estado brasileiro a apropriação da riqueza do país, seja através da apropriação do seu fundo público, ou pela venda de seus serviços privados.

Mas, os conflitos de classe nem sempre se apresentam como tal, aparecem mascarados, e os interesses particularistas das frações burguesas acabam assumindo feições universalistas, condição para que sejam aceitos como legítimos pela maioria da população (BOITO JR, 2016). Assim, que potenciais demandas particularistas dos planos privados de assistência à saúde os parlamentares eleitos com o financiamento privado de campanha das empresas do setor, transformaram em proposições legislativas, particularmente no que se refere à expansão do seu mercado?

A percepção de que as empresas de planos privados de assistência à saúde atuam no Congresso Nacional, através da influência dos parlamentares, leva a crer que, no Brasil, o Poder Legislativo Federal não está dissociado da dinâmica do desenvolvimento capitalista brasileiro, em que as instituições de poder político fazem

parte de uma unidade de hegemonia burguesa, incapaz de realizar a superação do modelo arcaico e conservador das estruturas sociais, própria da sua condição de dependência aos países de capitalismo central. Nesse sentido, faz-se necessário analisar mais detidamente a representação política dos parlamentares eleitos nos últimos anos, e suas proposições legislativas no campo da saúde privada, como veremos a seguir.

4 AS DEMANDAS PARTICULARISTAS DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO PODER LEGISLATIVO FEDERAL BRASILEIRO

No presente capítulo analisaremos proposições legislativas de autoria dos parlamentares brasileiros que receberam financiamento privado de campanha das empresas de planos privados de assistência à saúde, buscando identificar e discutir a natureza dos interesses representados nas proposições, em suas mediações com os interesses de classe. Debateremos, assim, em que medida os interesses analisados atendem às demandas particularistas dos planos privados de assistência à saúde e quais os possíveis riscos ao direito à saúde a partir dessas proposições.

4.1 Percurso metodológico

O procedimento metodológico adotado para o desenvolvimento da pesquisa foi a análise documental - compreendendo que os documentos além de possibilitarem a descrição e o registro de um momento histórico, estão carregados também de concepções ideó-políticas e projetos de sociedade a que se vinculam - realizada a partir de Projetos de Lei (PLs) e Propostas de Emenda à Constituição (PECs) de autoria dos Deputados Federais que receberam financiamento privado de campanha dos planos privados de assistência à saúde, nas eleições de 2010 e 2014. Portanto, os documentos analisados foram apresentados à Câmara dos Deputados Federal, durante as 54^a e 55^a Legislaturas. Visto que a 55^a Legislatura ainda está em vigor, foram consideradas as proposições registradas no período de 2011 até 2016.

Entre os parlamentares do Poder Legislativo Federal, os Deputados Federais foram selecionados para a pesquisa, pelo grande número de candidatos que receberam financiamento de campanha dos planos privados de assistência à saúde e foram eleitos nas eleições de 2010 e 2014, chegando a 38 e 29 parlamentares, respectivamente.

Já os PLs foram selecionados como objetos de estudo porque são o tipo de proposição que resulta em norma apresentado com maior frequência na Câmara dos Deputados, e as PECs foram consideradas pelo impacto que causam à Constituição Federal, quando são aprovadas. É preciso atentar, entretanto, para a limitada capacidade comparativa do presente estudo em relação à produção total de PLs e PECs no período escolhido para a pesquisa, pois não foram contempladas as proposições de autoria do Senado Federal, Poder Executivo, Poder Judiciário, Supremo Tribunal Federal e outros órgãos, de acordo com o art. 61 da Constituição Federal³⁵. Estudos posteriores deverão expandir a análise para outros tipos de proposições, bem como outros agentes políticos que atuam no Congresso Nacional.

As amostras da pesquisa foram extraídas do sítio eletrônico da Câmara dos Deputados Federal, em uma busca por PLs e PECs que possuísem na ementa ou na indexação³⁶ as palavras-chave “saúde” e “assistência médica”. Após a leitura das ementas, foram selecionadas apenas as proposições que tratam especificamente dos planos privados de assistência à saúde e que estão vinculadas aos tipos de planos coletivos empresariais, visto que no período dos anos 2000 a 2014, foi o tipo de contratação que mais cresceu no setor, atingindo a marca de 40,2 milhões de usuários nesse último ano.

Além desses critérios, como um segundo passo, a variável “situação da tramitação” foi levada em consideração. As proposições podem apresentar as seguintes situações:

- a) arquivada, nos casos previstos nos artigos 57, 58, 105, 133 e 146 do Regimento Interno (RI) da Câmara dos Deputados (CD); b) proposição inadequada (devolvida ao autor, de acordo com o art. 137

³⁵Art. 61. A iniciativa das leis complementares e ordinárias cabe a qualquer membro ou Comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, ao Presidente da República, ao Supremo Tribunal Federal, aos Tribunais Superiores, ao Procurador-Geral da República e aos cidadãos, na forma e nos casos previstos nesta Constituição (Constituição Federal (CF), 1988).

do RI, ou transformada em novo tipo de proposição, como por exemplo, um projeto de lei complementar); c) tramitando na CD (apensada a outra proposição, conforme os artigos 139, 142 e 143 do RI, ou aguardando procedimento interno da CD como: criação de comissão temporária, deliberação por Comissão ou pelo Plenário, designação de Relator ou formulação de parecer); d) aguardando retorno do Senado, quando o PL é aprovado na CD e encaminhado para a revisão do Senado Federal, de acordo com o art. 65 da Constituição Federal; e) transformada em norma, nos casos de conversão em lei federal, sem vetos ou com vetos parciais; e f) vetada totalmente, quando a proposição foi totalmente vetada pelo Presidente da República (GOMES et al., 2009, p. 35).

Pela impossibilidade de se transformarem em Leis e de realizarem efetivamente alterações na legislação, foram excluídas das análises as proposições de tipo A (arquivadas), de tipo B (apenas nos casos em que as proposições podem ter sido classificadas como inadequadas), e tipo F (vetadas).

Diante disso, a amostra³⁷ para a análise da presente pesquisa corresponde a três (03) proposições³⁸, sendo 2 (dois) PLs e 1 (uma) PEC, conforme o quadro 02:

³⁷ Durante o desenvolvimento da pesquisa foram encontradas algumas dificuldades na exploração do site da Câmara dos Deputados, pois o mesmo apresentou após algum tempo diário de acesso, “erros” eletrônicos que interromperam a continuidade da pesquisa web. Foram realizados diversos contatos com a administração do site através dos e-mails disponíveis para contato, no entanto, os bloqueios de acesso ao site se estenderam durante toda a pesquisa. Apesar disso, foi possível realizar uma seleção das proposições registradas no site, com vistas ao atendimento dos objetivos da pesquisa.

³⁸ As proposições legislativas analisadas estão em tramitação na Câmara dos Deputados Federal. A PEC 451/2014 foi apresentada no dia 22 de dezembro de 2014 e encontra-se na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), aguardando o parecer do relator designado, o Dep. Alceu Moreira. Já o PL 4043/2015 e o PL 5532/2016 foram apensados a outros PLs – árvore de apensados – e atualmente estão apensados ao mesmo PL 7419/2006, “Aguardando Parecer do Relator na Comissão Especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº 7419, de 2006, do Senado Federal, que “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998”; Pronta para Pauta no PLENÁRIO (PLEN)” (BRASIL, 2006).

Quadro 2 – Proposições legislativas que tratam das contratações coletivas empresariais dos planos privados de assistência à saúde

Proposições legislativas		
PROPOSIÇÃO/ ANO	AUTORIA	CONTEÚDO
PEC 451/2014	Deputado Eduardo Cunha ³⁹	Inclui como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica.
PL 4043/2015	Deputado Marcelo Belinati	Dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde", no que diz respeito ao direito de aposentados, nas mesmas condições de quando estavam empregados.
PL 5532/2016	Deputado Mendes Thame	Estabelece que os empregados demitidos sem justa causa e os aposentados que se desligam da empresa podem continuar usufruindo do plano de saúde, desde que assumam o pagamento integral do valor total pago anteriormente pela empresa.

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Quadro construído com base nos dados da Câmara dos Deputados Federal

As proposições escolhidas para a análise possuem em comum o debate sobre o acesso dos trabalhadores do mercado formal aos planos privados de assistência à saúde, através dos contratos coletivos empresariais, aos quais está vinculada a maior parte dos beneficiários desse setor privado da saúde. Em uma análise inicial, foi possível encontrar nos três (03) documentos, argumentos que sugerem alterações na Constituição Federal Brasileira ou na Lei 9.656/98 que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, tomando como justificativa a defesa do direito à saúde desses trabalhadores e de seus dependentes.

³⁹Vale ressaltar que, atualmente, o ex-Deputado Eduardo Cunha responde em regime de prisão por crimes de corrupção passiva, lavagem de dinheiro e evasão de divisas, e foi condenado a quinze anos (15) e quatro (04) meses de reclusão (AGÊNCIA, 2017)³⁹. A prisão do ex-presidente da Câmara dos Deputados Federal, Eduardo Cunha, ocorreu em 19 de outubro de 2016, período em que a presente pesquisa estava em andamento.

No entanto, compreendendo que a investigação deve se dar para além das justificativas oficiais presentes na PEC e nos PLs, buscou-se analisar a produção legislativa com base no método materialista histórico e dialético, no intuito de apreender a dinâmica da realidade, em suas múltiplas mediações e determinantes, a partir da identificação e discussão sobre a natureza dos interesses representados nas proposições, em suas mediações com os interesses de classe. Assim, para adentrar aos elementos presentes nas proposições e analisar os seus significados, seguiu-se uma rota de aproximação a partir, inicialmente, da seguinte questão: em que medida os interesses analisados atendem às demandas particularistas das frações de classe burguesas representadas planos privados de assistência à saúde?

Até aqui, compreende-se que o Estado brasileiro não se limita a uma instituição determinada, mas que também, a trajetória da sua formação social foi se conformando no processo mais geral de organização da classe dominante na busca por hegemonia. Assim, para exercer poder sobre a totalidade social na prática cotidiana, as classes dominadoras convertem seus interesses particulares de classe em projetos organizadores das práticas e concepções das classes subalternas, como veremos a seguir.

4.2 A natureza dos interesses representados nas proposições legislativas da Câmara dos Deputados Federal

Uma expressão concreta de atuação do embate hegemônico entre as classes antagônicas é a Constituição Federal, pacto social utilizado no cotidiano para conformar as perspectivas classistas, e que se caracteriza como uma forma de regulação dos conflitos de classe, tanto na sua utilização pelos subalternos na tentativa de limitação do abuso dos dominantes, como também podem funcionar como uma arma poderosa de conservação e limite às transformações sociais (DIAS, 2006). Nesse processo, a Constituição Federal torna-se uma expressão dos interesses de classe, defendidos, entre outras formas, através dos intelectuais orgânicos pertencentes às classes antagônicas, que pensam as questões e práticas dos conflitos de classe no terreno da luta política. “Independentemente da titulação

acadêmica, os intelectuais são capazes de enfrentar as graves questões que afetam as classes e dar respostas a elas” (DIAS, 2006, p. 133)

Durante a Assembleia Nacional Constituinte que culminou na Constituição Federal de 1988, as corporações empresariais, representadas pelos seus intelectuais orgânicos da classe e frações de classe burguesas, “mantiveram uma postura radicalmente contrária à estabilidade do emprego, à redução da jornada de trabalho, liberdade sindical e reforma agrária”, reforçando uma clara opção pela economia do mercado (MOTA, 2000, p 185). Quanto aos trabalhadores, questões como liberdades políticas, contra a privatização das empresas estatais, estrutura sindical, direitos sociais, entre outros, constituíram suas principais reivindicações, com maior expressividade na atuação para a área da seguridade social, fundamentalmente para os movimentos grevistas da saúde e na previdência (MOTA, 2000). É nesse contexto, que se dá a conquistada garantia da saúde como direito social e dever do Estado na Constituição Brasileira de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A inclusão do artigo 196 na Constituição Federal de 1988, representa, portanto, uma limitação no terreno da luta política da capacidade de dominação das classes burguesas, que de algum modo (dependendo da força dos antagonistas), precisam levar em conta as ideologias, projetos e necessidades das classes subalternas, admitindo as reivindicações dessas classes.

É nesse cenário que se situa a participação dos intelectuais formados pelos saberes das classes dirigentes e que, normalmente, “se apresentam como desenraizados, autônomos em relação às classes, como força social separada”, mas atuam produzindo e reproduzindo as necessidades e soluções capitalistas (DIAS, 2006).

Inseridas nesse contexto estão críticas ao artigo 196 da Constituição Federal, realizadas pelo ex-Deputado Federal Eduardo Cunha⁴⁰, através da PEC 451/2014:

A norma do art. 196 de acesso à saúde é considerada norma programática, claro que não mais com sentido dado outrora às normas programáticas, tal seja, de mera recomendação, mas como norma de eficácia limitada, sendo necessária lei para estabelecer seus limites. São, na verdade, normas constitucionais de princípio programático.

É preciso lembrar que a norma do art. 196, por um lado, é norma de conduta, na medida que obriga o Estado a executar todas as políticas condizentes para se desincumbir do dever, e, de outro, trata-se de princípio com a obrigatoriedade de informar as ações do Estado.

O caráter programático da regra inscrita no artigo 196 da CF/88 – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro, não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei fundamental do Estado (BRASIL, 2014, p. 02).

Coma aparente automeado Ex-Deputado Federal, autor da proposta, em relação aos interesses de classe, e sob a justificativa de proteção aos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal em vigor, a PEC 451/2014 prevê, portanto, a inclusão de plano privado de assistência à saúde como garantia fundamental aos trabalhadores de mercado formal (oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício). A proposição sugere que o artigo 7º da Constituição, que estabelece direitos aos trabalhadores urbanos e rurais, passe a vigorar acrescido do inciso XXXV:

⁴⁰ Atualmente, o ex-Deputado Eduardo Cunha responde em regime de prisão por crimes de corrupção passiva, lavagem de dinheiro e evasão de divisas, e foi condenado a quinze anos (15) e quatro (04 meses) de reclusão (AGÊNCIA, 2017).

XXXV - plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica.

Ainda como justificativa para a defesa da sua proposta, o autor apresenta no texto da PEC os argumentos a seguir:

A saúde integrada com a humanidade de forma macro, nessa esteira de raciocínio, é cediço que o objetivo principal é proteger o bem jurídico de maior relevância para o nosso ordenamento jurídico, o qual constitui direito que exige prestação positiva do estado como um direito cujo sujeito não é um indivíduo, ou alguns indivíduos, mas todo um grupo.

O art. 7º da Constituição Federal estabelece direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social. Estabelece garantias fundamentais aos trabalhadores. Sendo assim, reforça a norma constitucional de princípio programático do art. 196.

Por conseguinte, entendo que o trabalhador urbano e rural, deve ter incluso como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica (BRASIL, 2014).

Nota-se na proposta, uma tentativa de impulsionar o crescimento do setor de planos privados de assistência à saúde, através do reforço à uma tendência atual dos contratos coletivos empresariais, ao tempo em que representa também um retorno à lógica do sistema de saúde anterior à reforma sanitária, em que o acesso à assistência dos trabalhadores estava, em geral, condicionado ao emprego formal. Assim, estaria em curso uma inversão do princípio universal do direito à saúde, com potencial de aprofundar as persistentes desigualdades sociais entre os trabalhadores, e ainda traduzir aos setores privados o papel de assegurado da assistência à saúde de milhões de brasileiros, uma vez que este será de responsabilidade das empresas, através dos planos privados.

Em nota, as principais entidades de defesa à saúde pública - a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), Centro Brasileiro de

Estudos de Saúde (CEBES), Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA), Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) -, declararam que:

Tal proposta de alteração da Constituição, gera uma antinomia jurídica, por romper com o princípio consagrado no art. 196 que estatui ser a saúde um direito de todos.

A PEC 451 viola o direito à saúde, conquistado na Constituição, ao dizer ser direito fundamental do trabalhador a assistência médica e ao afirmar ser dever do empregador. Secciona o SUS que tem como diretriz constitucional a integralidade da atenção à saúde, ao fracionar a assistência à saúde, os seus usuários e o devedor da garantia do direito à saúde que deixa parcialmente de ser o Estado (CEBES, 2015, p. 01).

De acordo com Bahia et al. (2005), o atendimento à saúde dos trabalhadores e familiares das grandes fábricas, mediante convênios com o setor privado de saúde, foi regulamentado na Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, a qual conferiu legalidade aos acordos entre as instituições de previdência e as grandes empresas na contratação de planos privados de assistência à saúde concedidos aos trabalhadores, os chamados convênios-empresa. Para Pina, Castro e Andreazzi (2006, p. 841) “esses convênios estariam apoiados no interesse do empresariado em assegurar a produtividade do trabalho, num momento de intensificação da industrialização no país, com grande impacto sobre a saúde dos trabalhadores”.

No entanto, já na década de 1970, os sindicatos de trabalhadores apresentavam questionamentos aos convênios-empresa, denunciando, entre outros fatores, a má qualidade dos tratamentos reduzidos à prescrição de analgésicos e outros medicamentos, além de recusas para o tratamento de doenças que exigiam uma recuperação mais demorada (PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006). Nessa conjuntura, também já predominavam as ações sindicais dos trabalhadores por assistência à saúde baseadas na defesa de um sistema público, “enquanto as negociações pela melhoria dos planos privados de saúde dos trabalhadores

assumiam cada vez mais uma dimensão reativa” (PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006, p. 844).

Mas, após a extinção dos convênios-empresa da previdência social, em 1979 -impulsionada pela desaceleração econômica brasileira e várias reformas na previdência para diminuir o déficit fiscal, além da expressiva diminuição nos repasses do Estado para a compra de serviços de saúde (LIMA, 2005) -, eo acesso cada vez mais restrito e segmentado aos direitos sociais, agravados a partir da década de 1990, com a ascensão do neoliberalismo, observou-se um novo tipo de movimentação dos sindicatos e empresas empregadoras em torno do fortalecimento dos convênios médicos privados que permaneceram após a extinção dos convênios da previdência social. Essa tendência permaneceria nos anos seguintes, se expressando na defesa da continuidade do público e do privado nas demandas sindicais por assistência à saúde, dirigidas ao Estado e às empresas (PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006).

Para Mota (2000), a “cultura política de crise” que se formou a partir da década de 1989, sob direção da burguesia, foi, paulatinamente, deslocando a natureza ideológica da ofensiva do capital na posição dos trabalhadores. Ou seja, os embates em torno da conjuntura de crise econômica foram sendo privilegiados em detrimento dos projetos societários:

Para os trabalhadores, esse deslocamento - provocado essencialmente pelos impactos da crise econômica nas suas condições de vida e de trabalho e na fragmentação de seus modos e formas de organização – redireciona o conteúdo das suas reivindicações para o campo das ideologias práticas, marcadas pelas suas necessidades imediatas. Nesse sentido, os trabalhadores terminam por reduzir as suas apostas ao campo da preservação das conquistas ou, tão somente, das possibilidades postas pela conjuntura da crise. (MOTA, 2000, p. 191).

Entretanto, conforme Pina, Castro e Andreazzi (2006) a inteira responsabilização pela expansão do setor de saúde suplementar não pode ser atribuída às pressões sindicais, apesar da emergência de setores com vínculos ideológicos com os planos privados de assistência à saúde e a previdência

complementar, pois a prática sindical em defesa da assistência à saúde do trabalhador deve ser inserida mais amplamente nas lutas políticas e sociais dos trabalhadores:

Não estamos afirmando uma suposta ausência de contradição entre discurso e prática sindical, a existência de contradição entre discurso e prática é própria à natureza deste processo. Apontamos, para entender essa dinâmica como uma unidade contraditória e não enquanto duas totalidades distintas entre si, que o discurso sindical seja exterior à sua prática e vice-versa. Tanto o público quanto o privado estão presentes na prática e, ao mesmo tempo, integram o discurso sindical, ou seja, a referência ao setor privado de assistência à saúde dos trabalhadores não é exterior ao discurso sindical como dele estivesse ausente e aparecesse apenas na prática, em especial das negociações coletivas. Tampouco o contrário: a defesa da assistência à saúde no setor público não se limita aos fóruns de políticas públicas de saúde como se estivesse ausente da prática sindical (como se fosse exterior à sua prática) junto aos trabalhadores. Trata-se, portanto, de distinguir os pesos relativos que cada um dos aspectos, o setor público de saúde / SUS e os planos e seguros privado de saúde, obtiveram na ação sindical, conforme a conjuntura (PINA, 2005, p. 116).

De acordo com Coutinho (1995), quando a sociedade civil cresce, o consenso – delimitado a um ponto que não impeça a reprodução do capital global - passa a ter um peso decisivo para que os interesses burgueses ganhem legitimidade e a classe dominante continue capaz de influenciar na formulação de políticas. Diante de tal consideração, entende-se que ao elaborar a PEC 451/2014, o ex-Deputado Eduardo Cunha estaria aglutinando, em parte, demandas conjunturais das classes subalternas reivindicadas na luta política pelos seus setores organizados da sociedade –entidades sindicais-, em detrimento de sua fundamental e recorrente reivindicação por ampliação e melhorias na saúde pública e demais políticas sociais, e ao mesmo tempo servindo aos interesses de corporações particulares, revelando o que Dias (2006) vai chamar de “capacidade de suborno e dominação das classes dominantes”.

Segundo Scheffer e Bahia (2015), Eduardo Cunha recebeu da empresa Bradesco Saúde um valor de R\$ 250 mil destinados ao financiamento da campanha

eleitoral de 2014⁴¹. A Bradesco Saúde é uma empresa do grupo Bradesco seguros e atua no mercado privado da saúde desde 1984, com um público majoritariamente vinculado aos contratos coletivos. Vale salientar que, em 2016, a Bradesco Saúde obteve a maior receita no ramo das seguradoras de saúde no país, e atualmente “96% dos seus beneficiários estão vinculados a essa modalidade de contratação” (BRADESCO, 2017).

Diante dessas informações, é possível visualizar nos termos de Speck (2005, 2006) a influência do financiamento privado sobre a representação política, pela subversão do princípio da igualdade dos cidadãos. A capacidade desigual de aportar recursos para as campanhas eleitorais, torna, quando muito, a representação de interesses de setores organizados da sociedade (sindicatos de trabalhadores, movimentos sociais, associações, etc) subjugada aos interesses empresariais - capazes de influenciar o posicionamento dos parlamentares através de doações aos partidos políticos e candidatos. Fica evidente, portanto, que a PEC 451/2014 contempla em larga escala os interesses da empresa Bradesco Saúde, aumentando potencialmente o consumo dos seus serviços – os planos privados de assistência à saúde, através de contratos coletivos empresariais -, bem como representa os interesses corporativos das frações da burguesia vinculadas a esse setor privado, uma vez que, ainda que existam relações de divergência entre os grupos empresariais desse setor, até mesmo dentro dos mesmos grupos corporativos, com a aprovação da PEC, as empresas empregadoras se tornarão responsáveis pela assistência médica privada de uma gama ainda mais ampla de trabalhadores, potencializando os lucros de diferentes empresas do segmento.

Além da referida PEC, Eduardo Cunha foi relator de uma emenda à Medida Provisória 627/2013, que previa a anistia da dívida dos planos e seguros privados de saúde ao Fundo Nacional de Saúde, calculada em R\$ 2 bilhões. Mas, apesar da aprovação da Medida Provisória, a emenda foi vetada pela presidenta Dilma Rousseff. Também foi de sua responsabilidade, na condição de presidente da

⁴¹ Eduardo Cunha, na condição de presidente da Câmara dos Deputados Federal agiu para tentar tornar constitucional a participação das pessoas jurídicas nas eleições. Seu plano funcionou na Câmara, mas esbarrou no Senado e no veto da Presidente Dilma Rousseff.

Câmara dos Deputados, a negação do pedido de abertura da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar abusos cometidos por planos privados de assistência à saúde contra os beneficiários, protocolada pelo Deputado Federal Ivan Valente, em fevereiro de 2015. A negação foi ancorada no argumento de que não havia fato determinado que justificasse a investigação (BRASIL, 2015b).

Nesse ponto, cabe resgatar o estudo de Fernandes (1975a), sobre a revolução burguesa por possibilitar um aprofundamento da compreensão acerca das configurações em que se encontram as instituições de poder no Brasil, bem como os interesses de classe que representam. Antes de tudo, é fundamental esclarecer que a revolução burguesa não se configurou como um processo realizado em uma dada conjuntura histórica no Brasil, mas sim como um fenômeno estrutural da sociedade brasileira. Ou seja, “ um fenômeno estrutural, que se pode reproduzir de modos relativamente variáveis, dadas certas condições ou circunstâncias, desde que certa sociedade nacional possa absorver o padrão de civilização que a converte numa necessidade histórico-social” (FERNANDES, 1975a, p. 21).

Ao tratar de conhecer a sociedade de classes no Brasil no uso da noção de revolução burguesa - pelo qual a burguesia se consolida enquanto classe e molda as suas instituições de dominação -, Fernandes (2005), nos apresenta que essa se desenrolou no Brasil sem rupturas com seu passado colonial, com a concentração de riquezas, e com a dominação imperialista, criando requisitos sociais e políticos à dominação burguesa, que não encontram contrapartida no desenvolvimento capitalista das nações centrais, e cuja viabilidade do capitalismo se decide “ por meios políticos e no terreno político”. Nesse sentido, entende-se que o Poder Legislativo Federal não está dissociado da dinâmica do desenvolvimento capitalista brasileiro, em que as instituições de poder político fazem parte de uma unidade de hegemonia burguesa, incapaz de realizar a superação do modelo arcaico e conservador das estruturas sociais, própria da sua condição de dependência aos países de capitalismo central.

Por isso, a representação parlamentar através da PEC 451/2014, de interesses dos setores que defendem um modelo de saúde baseado na intensa participação das empresas privadas, e que por sua natureza excludente, agem na

contramão do princípio universalizante das ações e serviços do SUS - expressos na Constituição Federal do Brasil e regulamentado na Lei 8080/90 -, não pode ser admitida como uma representação plural de interesses, própria da social-democracia, ou Estado de Bem-Estar em alguns países de capitalismo central (COUTINHO, 1995).

Nesse contexto, entende-se que a subjugação das lutas por melhorias na saúde dos trabalhadores, em serviços rentáveis ao mercado de planos privados de assistência à saúde expressa uma profunda desigualdade entre os setores da sociedade civil no que se refere à capacidade de influenciar as decisões e propostas do parlamentar autor da PEC 451/2014, no âmbito do Poder Legislativo, sendo este um intelectual orgânico das classes dominantes, que possui, nos termos de Dias (2006) clareza da correlação de forças na sociedade e de como transformar a subjetividade das classes, partidos, sindicatos, grupos, em realidade. Ou seja, de como se apropriar ainda que parcialmente das demandas dos trabalhadores para favorecer as demandas particulares das empresas privadas de saúde.

Além da PEC 451/2014, também estão inclusos no debate legislativo sobre as contratações coletivas empresariais de planos privados de assistência à saúde para os trabalhadores do mercado formal, o **PL 4043/2015** do Deputado Federal Marcelo Belinati e o **PL 5532/2016** do Deputado Federal Mendes Thame (quadro 03). Os PLs propõem alterações nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, visando a garantia da continuidade da cobertura dos planos privados de assistência à saúde (de tipo coletivo empresarial) aos trabalhadores demitidos sem justa causa, exonerados e aposentados, que utilizavam os serviços oferecidos pelas empresas às quais estavam vinculados.

Quadro 1–Planos coletivos empresariais para trabalhadores recém-desempregados e aposentados. (Continua)

Tema	Lei 9.656/98 pela pela medida provisória nº 2.177-44, de 2001	Proposta de alteração dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, do Deputado Federal Mendes Thame PL 5532/2016	Proposta de alteração do artigo 31 da Lei 9.656/98, do Deputado Deferal Marcelo Belinati PL 4043/2015
Art. 30 - Cobertura para trabalhadores demitidos ou exonerados	No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral.	No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o pagamento integral <u>do valor total anteriormente pago pela respectiva empresa.</u>	Nessa legislação, a proposta de alteração corresponde apenas ao artigo 31.

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Quadro construído com base nos dados disponíveis no sítio eletrônico da Câmara dos Deputados, Lei 9.656/98 e tese de doutorado de Bahia (1999).

Tema	Lei 9.656/98 pela medida provisória nº 2.177-44, de 2001	Proposta de alteração dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, do Deputado Federal Mendes Thame PL 5532/2016	Proposta de alteração do artigo 30 da Lei 9.656/98, do Deputado Deferal Marcelo Belinati PL 4043/2015
Art. 31 - Cobertura para trabalhadores aposentados	Ao aposentado que contribuir, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. § 1o Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.	Ao aposentado que contribuir em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do valor total anteriormente pago pela respectiva empresa.” (NR) § 1o Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo valor total pago anteriormente pela respectiva empresa.”. (NR)	Ao aposentado é assegurado o direito de manutenção como beneficiário do plano de saúde coletivo de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho , desde que tenha contribuído indiretamente com seu labor por mais de 10 (dez) anos e assuma o pagamento integral no valor que sua empregadora o fazia, não podendo ser realocados em carteira diferentes, com valores de contribuições diferentes depois de se desligarem da empresa como se estivesse contratando o plano de saúde a primeira vez.”(NR)

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Quadro construído com base nos dados disponíveis no sítio eletrônico da Câmara dos Deputados, Lei 9.656/98 e tese de doutorado de Bahia (1999).

Na proposta de alteração dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, o Deputado Federal Mendes Thame, através do PL 5532/2016, justifica que:

A presente proposição visa tornar ainda mais clara e objetiva as garantias estabelecidas na Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que

dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, tendo em vista que as prestadoras de planos ou seguros-saúde têm colocado inúmeras restrições aos empregados demitidos sem justa causa e aos aposentados de usufruírem dos planos de saúde aos quais estavam ligados anteriormente (BRASIL, p. 2, 2016c).

Já o Deputado Federal Marcelo Belinati, na PL 4043/2016, justifica a elaboração da proposta de alteração do artigo 31 da Lei 9.656/98 com a seguinte redação:

O direito do aposentado assegurado pela Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/1998, ainda é desconhecido de muitas pessoas que chegam a aposentadoria e são surpreendidas com aumentos bruscos nas mensalidades de seus planos de saúde. Muitos precisam buscar a via judicial, ainda que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) já tenha interpretado a Lei de forma a reafirmar que os planos de saúde coletivos devem ser mantidos sob as mesmas condições de assistência médica e inclusive de preço desde que assumam o pagamento integral (BRASIL, p.1, 2015c).

Assim, uma vez que no texto da lei e tão pouco da Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar não é explícito a proibição de segregação do segurado em um grupo considerado de maior risco, com menos cobertura e preço maior, como se ele fosse um cliente novo, dando margem para que as seguradoras tentem revogar as liminares em favor dos segurados, apresento o presente projeto de lei por considerar ilegal a manutenção dos inativos em um grupo à parte dos ativos, devendo os custos e riscos serem compartilhados de maneira solidária (BRASIL, p.2, 2015c).

Em ambas as situações, podem ser observadas alterações em artigos da Lei 9.656/98, que reforçam o direito dos trabalhadores contribuintes dos planos privados de assistência à saúde de tipo coletivo empresarial em manterem-se como beneficiários nas mesmas condições em caso de demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, prolongando, para esses ex-trabalhadores do mercado formal, o tempo de utilização dos serviços.

É possível afirmar que a defesa dos parlamentares pela manutenção do vínculo desse grupo de trabalhadores aos planos privados de assistência à saúde também está de acordo com as reivindicações das entidades de representação sindical – consideradas nesse trabalho como *reativas*, dada a conjuntura de perdas

de direitos, nos termos de Pina, Castro e Andreazzi (2006). A exemplo do documento emitido em 2011, pelo Fórum das Centrais Sindicais em Saúde do Trabalhador, que se posicionou contra qualquer alteração da Lei 9.656/98, que prejudique os aposentados, demitidos e exonerados, subtraindo os direitos já garantidos (CONTRAF, 2011). Tal reivindicação foi resultado de uma consulta pública realizada pela ANS, de número 41, que teve como finalidade a “elaboração de uma nova regulamentação sobre o tema para atender as necessidades do setor e melhor desempenho da regulação”. A consulta resultou na resolução normativa 279 de 24 de novembro de 2011, que dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 em questão (BRASIL, 2011).

No entanto, não foi possível observar nos PLs, possíveis preocupações que incidam sobre as atividades da ANS na regulação dos contratos coletivos empresariais – um dos principais gargalos no que diz respeito às atividades atribuídas ao órgão regulador. A deficiente regulação sobre esse tipo de contrato, - a exemplo dos reajustes dos preços dos planos privados de assistência à saúde são negociados livremente entre as empresas contratantes e as operadoras, sem interferência da ANS -, dá margem às operadoras para repassar, indiscriminadamente, os custos elevados do grupo de beneficiários aposentados (reajustes por sinistralidade) de maneira diluída aos consumidores – empresas contratantes e trabalhadores – além dos reajustes anuais por faixa etária, presente nos contratos tanto coletivos, como individuais (BODRA, 2013).

Assim, a preocupação central das proposições – manutenção dos trabalhadores demitidos sem justa causa e/ou aposentados nos planos de saúde, desde que assumam o pagamento integral do valor total anteriormente pago pela empresa a que estava vinculado – além de não alterar a legislação, de forma que os contratos empresariais sejam regulados pela ANS, dificultando cobranças abusivas aos consumidores, reforça a responsabilidade dos trabalhadores em assumirem seus custos e de seus familiares com a assistência à saúde.

De acordo com Scheffer e Bahia (2013, 2015), os Deputados Mendes Thame e Marcelo Belinati receberam financiamento privado de campanha da Federação das Unimed's do Estado de São Paulo (Fesp), no valor de R\$ 50.000,00 e da Federação

das Unimed's do estado do Paraná, no valor de R\$ 15.000,00, respectivamente.

A doação da Federação das Unimed's do Estado do Paraná ao Deputado Marcelo Belinati, corresponde à 2% do total de doações recebidas pelo candidato, mas a Federação foi a única empresa que realizou doações diretas ao candidato, excetuando-se as empresas que enviaram o financiamento ao partido. Outros 5 candidatos à Deputado Federal também foram financiados pela Federação, nas eleições de 2014 (DOADORES, 2017).

Já o apoio ao Deputado Mendes Thame ocorreu nas eleições de 2010 e é resultado do trabalho realizado pelo Núcleo de Assuntos Estratégicos (NAE) da Fesp, que tem como missão “executar ações de assessoria estratégica nas áreas política, institucional e de mercado”. Segundo a política normativa do NAE na área política, a assessoria estratégica busca a abertura e ocupação de espaços na vida pública partidária, elegendo vereadores e deputados comprometidos com a defesa e a propagação dos princípios do cooperativismo médico. “O NAE incentivará sempre seus candidatos a escolher siglas partidárias que valorizem e façam por prevalecer os interesses cooperativistas”, e quando eleitos, “o Núcleo poderá disponibilizar assessoria estratégica a todos os eleitos desde que solicitado”(UNIMED, 2017).

A forma como se constitui, explicitamente, a condição para as doações privadas às campanhas dos candidatos apoiados pela operadora Unimed, tem semelhanças, guardadas as particularidades da “velha estrutura” de representação de interesses da burguesia brasileira frente ao Estado, às formas de pressão dos grupos sociais e a organização política dos Estados Unidos, o denominado lobbying. De acordo com Vianna (2000), embora a prática de lobbies não seja regulamentada no Brasil - tornando difícil a sua visualização pela inexistência de registros dos grupos e indivíduos que o fazem-, a *competição de interesses* no Congresso Nacional brasileiro é típica do modo peculiar pelo qual os lobbies desempenham o papel de representar interesses no mercado político norte americano.

Assumindo variadas formas de persuasão a prática de lobbying se dá através de uma rede de atividades que tanto servem para ajudar a eleição de um congressista que possa representar os interesses de uma determinada empresa/segmento empresarial ou cuidar da manutenção daqueles que já

representam seus interesses, quanto para influenciar nas decisões dos parlamentares, “diluindo os interesses classistas e quaisquer outros antagonismos de classes em demandas de “interesse geral” (VIANNA, 2000, p. 111).

As características dessa forma de representação de interesses no Congresso Nacional Brasileiro, trazem sérios problemas que se refletem nas políticas sociais. Mantidas as aparências constitucionais de defesa aos direitos sociais, as políticas têm sido atreladas à uma lógica privatizante, influenciadas pelas decisões dos parlamentares que buscam atender aos interesses das frações de classe burguesas, que disputam no terreno da luta política a apropriação dos recursos do país e a hegemonia de seus projetos de dominação. Entre outros fatores igualmente importantes – a exemplo da terceirização, via contratação de clínicas e hospitais para ampliar a rede de atendimento público de saúde; a desvinculação do fundo público que deveria ser destinado às políticas sociais –, a influência do lobbying das empresas de planos privados de assistência à saúde no Congresso Nacional brasileiro tem provocado a privatização dos serviços de saúde destinados a alguns segmentos da classe trabalhadora no país. Nesse cenário, quais os possíveis riscos ao direito à saúde no Brasil, a partir das proposições legislativas analisadas?

4.3 As ameaças ao direito à saúde

A orientação para o acesso aos serviços de saúde através da dinâmica dos indivíduos no mercado formal de trabalho, põe em risco os processos e estruturas sociais que levaram a atual configuração do direito à saúde para a cidadania, transformando-os em direito à saúde pelo consumo (JURCA, 2013). De modo tendencial, são incorporados, veementemente, a defesa do acesso à saúde como uma mercadoria e a naturalização desse acesso através do mercado de planos privados de assistência à saúde, convertendo as responsabilidades do âmbito estatal e os problemas sistêmicos da política de saúde em responsabilidades individuais do “cidadão-consumidor”.

Nesse cenário, a racionalidade do mercado de planos privados de assistência à saúde mostra-se bem mais complexa do que a superficialidade presente nas propostas legislativas analisadas, colocando em risco a universalidade e a gratuidade do SUS, através da estratificação dos usuários do sistema em beneficiários mútuos da rede privada e pública de saúde, os cidadãos-consumidores e de uma tendência à focalização da assistência governamental na população mais pobre, sem inserção no mercado formal de trabalho, além do fenômeno da “segunda porta” ou “fila dupla”⁴² do SUS (TEIXEIRA; PATRÍCIO, 2011).

A utilização e a qualidade do serviço segundo a capacidade de pagamento e de usufruto da atenção disponível nos distintos segmentos público e privado perpetua as desigualdades no acesso, e tende, ainda, a colocar os serviços públicos como complementar aos privados, nos casos de “clientes” que não interessam ao mercado, como pacientes com doenças crônicas, que requerem tratamentos de autos-custos.

⁴² Apesar do atendimento diferenciado a beneficiários de planos privados de assistência à saúde e particulares nas unidades do SUS e hospitais universitários ter sido proibido na Plenária Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, percebe-se “Uma tendência a priorizar o atendimento privado em detrimento do paciente financiado pelo sistema público. E havendo duas filas é notório que uma anda mais rápido que a outra” (TEIXEIRA; PATRÍCIO, 2011, p. 57).

Em contradição com a orientação integralista do SUS e organizados para atender às demandas espontâneas e limitadas pelos contratos, os planos privados de assistência à saúde não respondem às necessidades de saúde em sua totalidade. E, até mesmo nas propostas legislativas analisadas foram encarados de modo quase antagônico, como nos termos de Bahia e Scheffer (2010), ora sublinhados como alternativa às mazelas do sistema público, ora apontados pelo baixo desempenho na garantia de cobertura aos beneficiários.

De acordo com Scheffer (2013, p. 124)

A restrição de coberturas na assistência médica suplementar, tema recorrente nos tribunais, repercute na saúde e na vida da população usuária, bem como nos custos administrativos das empresas de planos e seguros de saúde, mas também interfere no sistema público de saúde, pois os limites de atendimento inscritos nos contratos de planos de saúde, previstos na legislação ou autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), são absorvidos, em grande parte, pelo SUS.

Cresce a chance de parte do mercado de assistência médica suplementar buscar sua sobrevivência às custas das restrições praticadas e do consequente subsídio indireto do Sistema Único de Saúde, que arca com as despesas dos atendimentos negados pelos planos de saúde (SCHEFFER, 2013, p. 131).

Nesse sentido, nas correlações entre a defesa da saúde dos trabalhadores e os atributos da cobertura assistencial via planos privados de assistência à saúde, presentes nas proposições legislativas analisadas, “a ocultação de interesses e a ênfase na construção de uma retórica, que mobiliza a defesa do bem comum, muitas vezes embaralham a detecção das políticas públicas recentes, acionadas para apoiar a privatização do sistema de saúde brasileiro” (BAHIA, 2010, p. 126).

É nesse cenário que se configura o processo de retórica “anti-SUS” e despolitizada da saúde. De acordo com Bravo (2007), a politização da saúde era considerada uma das principais metas dos anos 1980, e tinha como objetivo o aprofundamento do nível da consciência sanitária, alcançar a visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias à saúde pública no país. Mas,

antagônico ao processo político da saúde da reforma sanitária, o projeto de saúde vinculado ao mercado vem pautando-se por uma política baseada na contenção dos gastos públicos e isenção da responsabilidade estatal, garantindo o mínimo aos que não podem pagar através de um pacote básico da saúde, além de estimular para o setor privado o atendimento dos que podem ter acesso ao mercado (COSTA, 1997).

Esse processo despolitizador da saúde, reforça o movimento que Santos (2015), chamou de hegemonia anti-SUS. Para o autor, dadas as condições da conjuntura da saúde pública, o cenário é de construção de uma hegemonia anti-SUS, apoiada em um “Estado nacional que vem atuando como grande aparelho criador do mercado, dado que delega ao mercado uma responsabilidade constitucional republicana do Estado” (SANTOS, 2015, p. 583).

Para Vianna (2000), a lógica particularista dos interesses da classe ou das frações da classe burguesa inseridas no universo das políticas sociais, no Brasil contemporâneo, podem ser compreendidas sob a metáfora da “americanização”, nítida na trajetória de privatização da saúde, por meio do estímulo aos planos privados de assistência à saúde, e no revestimento do direito social universal à saúde no direito do consumidor.

Contudo, se o sistema de saúde americano é institucionalmente seletivo, com normas que regulamentam o acesso aos estabelecimentos que prestam serviço público, restringindo-os aos pobres, no Brasil, embora o SUS nunca tenha se efetivado completamente, foram os valores humanos e sociais da solidariedade e do direito igualitário à saúde, e o reconhecimento dos determinantes sociais e econômicos da saúde e da doença, aliados à lógica e às estratégias da redemocratização do Estado, fatores que empolgaram e mobilizaram o Movimento da Reforma Sanitária, e a criação de uma política hegemônica como o SUS no capítulo da Ordem Social na Constituição de 1988 e seu conjunto de postulados constitucionais comandados pela Universalidade, Integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação (SANTOS, 2015).

Nesse sentido, e em face da peculiar situação dos conflitos entre as classes e frações da classe burguesa brasileira, a partir dos anos 2000, que exigiu da classe dominante para constituir-se como classe hegemônica a realização de concessões -

levando em conta os interesses e as tendências dos grupos sobre as quais a hegemonia será exercida para a obtenção de consentimentos em torno de medidas encaminhadoras do seu projeto social (MOTA, 2000) -, nota-se que a atuação do mercado de planos privados de assistência à saúde no Poder Legislativo encontra resistências populares e não se configura como um processo de fácil adesão e de consenso no terreno da luta política entre os interesses das classes antagônicas. Não fossem as propostas legislativas analisadas, antecedidas pelos duros golpes adotados contra o SUS em sua trajetória, como o seu histórico subfinanciamento, elas sequer teriam condições de tramitar no legislativo, devido ao peso político do SUS bem-sucedido. Mas, ao sucedê-los, faz coro com a lógica de o SUS ser apenas complementar aos trabalhadores sindicalizados urbanos, parte da baixa classe média e da alta” (SANTOS, 2015, p. 583).

Ao mesmo tempo, a burguesia brasileira vem ampliando seu leque de intervenção na sociedade e fazendo-se reconhecer como classe que quer socializar sua proposta de *reestruturação* do capitalismo brasileiro. Para tanto, ela tem avançado no sentido de formular políticas na esfera econômica, financeira, comercial e social (MOTA, 2000). Assim, a experiência política das classes sociais no Congresso Nacional brasileiro, particularmente, a partir dos anos em que se acirraram os conflitos entre as coalizões produtivista e rentista, marcados, entre outros fatores pelo impeachment da ex-presidenta Dilma Rousseff, tende a acentuar as intervenções do grande capital na materialização da política de saúde, conduzindo-a por caminhos da lucratividade e aprofundando as desigualdades sociais no padrão de assistência à saúde no país.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso que realizamos na presente dissertação, desde a discussão das classes sociais e os interesses burgueses na saúde às particularidades desses interesses no setor empresarial de planos privados de assistência à saúde e as demandas desse setor no Poder Legislativo Federal brasileiro, possibilitou-nos apreender as determinações e mediações da representação de interesses particularistas das frações da classe dominante vinculadas aos planos privados de assistência à saúde, no terreno da luta política, e os riscos ao direito à saúde.

Os direitos sociais no Brasil, dentre eles o direito à saúde, estão inseridos numa dinâmica de disputa de interesses antagônicos das classes em luta pela hegemonia de seus projetos societários. Nesse cenário, a trajetória de constituição do direito à saúde, ocorreu de forma fragmentada, até a sua recente formulação como direito universal e público na Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS.

Até constituir-se como direito universal, a prestação de serviços de assistência médica aos trabalhadores funcionava orientada pela lógica contributiva e através de uma rede de prestadores privados de saúde, como hospitais e laboratórios, bem como o mercado de planos privados de assistência à saúde, que passa a se incorporar às estratégias do Estado a partir da década de 1960, mais precisamente com a culminância do período de ditadura militar, pelos chamados convênios-empresa, vinculados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

É interessante notar que os interesses burgueses no setor de planos privados de assistência à saúde, vinculados ao Estado, encontraram sua origem “num cenário de restrição de direitos civis e políticos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 79). Nesse período, as necessidades de expansão das políticas sociais foram absorvidas pelo Estado autocrático burguês - ainda que fortemente relacionadas às esferas privadas - numa tentativa de legitimação da hegemonia das classes dominantes. Portanto, as ações do Estado autocrático tiveram responsabilidade direta na estruturação do setor de planos privados de assistência à saúde, imbricando-os ao setor público como o mecanismo pelo qual se garantiu a ampliação da cobertura assistencial da

saúde, num movimento de privilégio da assistência médica previdenciária em detrimento da saúde pública (MENICUCCI, 2003).

Mas as lutas provenientes das insatisfações das classes trabalhadoras com o insuficiente atendimento à saúde, bem como os processos que levaram à redemocratização do país e a criação de importantes instrumentos de luta das classes subalternas - MST, CUT, PT -, impulsionaram o enfrentamento aos interesses privatistas na saúde, protagonizado pelo movimento de reforma sanitária, culminando no arcabouço legal do SUS e garantindo a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Entretanto, esses processos foram precedidos por fortes reações da classe burguesa, que em consequência da crise do capital mundial da década de 1970, chegaram ao Brasil, intensamente a partir da década de 1990, reforçando a necessidade de o capitalismo local conferir garantias econômicas, sociais e políticas ao capital estrangeiro, acentuando, assim, as desigualdades sociais internas, num movimento de *contrarreforma* do Estado.

Nesse período de *contrarreforma*, se intensificaram os debates em torno dos planos privados de assistência à saúde no Estado, com base em interesses econômicos, acentuando-se as particularidades dos interesses burgueses no setor com o início dos debates em torno da participação do capital estrangeiro e da regulação estatal. Nesse processo, a forte organização das entidades de representação dos interesses das empresas de planos privados de assistência à saúde, como a ABRAMGE, além de se constituir como importante agente para a manutenção de uma frágil regulação estatal das extensas interfaces público-privadas na saúde (BAHIA, 2001), contribuiu para direcionar o setor no sentido da maximização da lucratividade do capital frente às demandas do Estado, bem como da concorrência entre as empresas do setor, em meio a uma fase de baixo crescimento econômico do país.

Nesse cenário de vínculos estreitos do empresariado da saúde privada com um Estado regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados, as possibilidades de se estruturar um sistema de saúde público, universal e de qualidade, como previstos na Constituição Federal de 1988, tem se tornado cada vez mais distantes.

Nos anos 2000, as expectativas de efetivação do SUS foram retomadas, na esperança de que os projetos neodesenvolvimentistas adotados a partir dos governos petistas atuassem na contramão dos interesses privatistas. No entanto, o que se verificou durante esse projeto, foi uma forte vinculação das políticas sociais à uma cadeia de serviços, mercadorias e finanças, ampliando a lucratividade do capital nacional e internacional e correspondendo aos interesses burgueses na saúde (SOARES, 2010). A concepção de saúde nesse período, expressa no PAC da saúde, destacou a saúde como “direito social e estratégia de desenvolvimento e de investimento público e privado, integrando assim um modelo de desenvolvimento econômico que tem suas bases de crescimento na lucratividade do capital (SOARES, 2010).

Esse cenário contribuiu para que as iniciativas empreendedoras das empresas de planos privados de assistência à saúde tivessem um significativo crescimento dos seus lucros, apoiadas sobretudo nas deduções tributárias do Estado (OCKÉ-REIS, 2013) e no aumento dos postos de trabalho, do salário mínimo real, além do incremento nas despesas sociais do Estado, que proporcionou a milhões de trabalhadores o consumo de serviços de saúde privados, principalmente, através de convênios das empresas empregadoras com as empresas de planos privados de assistência à saúde. No entanto, o movimento de expansão no número de usuários do setor de planos privados de assistência à saúde, nos anos 2000, permaneceu apenas até o ano 2014, quando a crise econômica e do projeto neodesenvolvimentista brasileiro afetaram o mercado de trabalho formal no país. Notou-se que as seguradoras de saúde, pela expressiva vinculação ao capital financeiro, mantiveram o crescimento da sua receita.

Toda essa trajetória estatal em torno do mercado de planos privados de assistência à saúde, bem como as suas características de expansão e retração nos anos 2000, também se expressaram no terreno da luta política do Poder Legislativo Federal brasileiro. Através da influência sobre parlamentares da Câmara dos Deputados Federal, as empresas desse setor privado tiveram seus interesses representados e transformados em proposições legislativas, que podem vir a se

tornar Emendas Constitucionais e Leis Federais. Destacam-se nesse processo algumas determinações e mediações dos interesses de classe:

—os representantes políticos, intelectuais das classes burguesas, comumente se apresentam como desenraizados e autônomos em relação aos antagonismos de classes, mas atuam reproduzindo as necessidades e interesses capitalistas;

—as lutas da classe trabalhadora por melhorias nas condições de vida são, em parte, assimiladas no processo de reciclagem da hegemonia burguesa brasileira (pelo consenso), transformando o atendimento parcial dos interesses das classes dominadas em estratégias de favorecimento às demandas da iniciativa privada burguesa;

—as formas de atuação das empresas de planos privados de assistência à saúde se assemelham à prática do lobbying norte americano - guardadas as particularidades da “velha estrutura” de representação de interesses da burguesia brasileira-, uma vez que atuam influenciando as decisões parlamentares e diluindo os interesses classistas em demandas de interesse geral.

Portanto, a influência das empresas de planos privados de assistência à saúde no Poder Legislativo Federal tem apresentado profundas ameaças ao direito à saúde:

— pela orientação estatal, seletiva, para o acesso aos serviços de saúde privados através da dinâmica dos indivíduos no mercado formal de trabalho, pondo em risco a garantia universal dos atendimentos oferecidos no SUS;

— focalização da assistência pública na população mais pobre, assimilando-se à lógica privatista anterior à reforma sanitária;

— reprodução e fortalecimento da concepção que transforma o direito à saúde para a cidadania em direito à saúde pelo consumo da “mercadoria saúde”;

— fortalecimento de uma retórica anti-SUS e aparentemente despolitizada da saúde, pautando-se por uma política baseada na isenção de responsabilidade estatal e em favor da iniciativa privada.

Assim, ao final de nosso processo de pesquisa, identificamos que a determinação central que perpassa a representação dos parlamentares em torno dos interesses da classe e frações da classe burguesa vinculadas ao mercado de planos privados de assistência à saúde foi historicamente construída e advém dos processos de constituição do Estado brasileiro, que possui dificuldades de configurar pactos duradouros com a classe trabalhadora, uma vez que, as classes dominantes no Brasil, nunca tiveram compromissos democráticos ou redistributivos, mas realizaram concessões na busca de realização de seus projetos de hegemonia.

Por fim, na presente dissertação, não seria possível dar conta de todas as mediações e relações entre os interesses burgueses, as suas particularidades no mercado de planos privados de assistência à saúde e as demandas desse setor no Poder Legislativo Federal brasileiro, mas procuramos reproduzir uma aproximação da essência dessas relações de forma a contribuir não apenas com a análise econômica do setor privado da saúde hoje, mas também com a reflexão sobre suas estratégias no terreno da luta política. Com isso, este trabalho busca constituir-se também como instrumento político na luta cotidiana pela saúde pública brasileira e pela representação das classes subalternas nas instituições de poder.

A partir daqui muitas outras indagações e elementos surgiram e podem ser trabalhados posteriormente, como: maior aproximação com a forma de atuação dos lobbies norte-americanos e as particularidades brasileiras da representação dos interesses em outros órgãos do poder legislativo, como o Senado Federal, no Poder Judiciário, bem como a partir de outros tipos de proposições legislativas; outras formas de inserção e representação do mercado de planos privados de assistências à saúde no Congresso Nacional brasileiro; o aprofundamento da discussão sobre as características das modalidades de planos privados de assistência à saúde e seus desempenhos a partir dos anos 2000, entre outros.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA Brasil. **Moro condena Cunha a 15 anos de prisão por corrupção, lavagem e evasão de divisa**. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2017-03/moro-condena-eduardo-cunha-15-anos-de-prisao-por-lavagem-de-dinheiro>>. Acesso em: 02, jul. 2017

ALMEIDA, R. G. de. **O Capital Baseado em Risco: uma abordagem para as operadoras de planos de saúde**. 2008. (Dissertação) - Mestrado em Engenharia de Produção, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

ANTUNES, A. Governo busca fomentar a inovação da indústria nacional de medicamentos e equipamentos médicos. Para pesquisadores, programa subsidia modelo de atenção à saúde baseado em planos privados. [S.l]: **Inova Saúde**, 2013. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/inova-saude>> Acesso em: 10, jul. 2016.

ARAÚJO, S. M. V. G; SILVA, R. S. Frentes e bancadas parlamentares: Uma proposta teórico-metodológica e de agenda de pesquisa. **10º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política**. 2016. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <http://www.encontroabcp2016.cienciapolitica.org.br/resources/anais/5/1469058314_ARQUIVO_ABCP2016_frentes_Araujo_Silva.pdf>. Acesso em 09 abril 2017. – REVER REFERÊNCIA, POIS É PUBLICAÇÃO EM ANAIS –

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE). **Quem Somos**. Disponível em: <<https://www.abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/institucional/quem-somos>> Acesso em: 30, mar. 2017

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. de C. **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 115-128, 2010. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/gestao-publica-e-relacao-publico-privado-na-saude.pdf#page=115>> Acesso em: 27, mai. 2017.

_____. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & saúde coletiva** [online], v. 13, n. 5, p. 1385 – 1397, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63013502.pdf>> Acesso em: 20, mai. 2017.

_____. **Padrões e mudanças das relações público-privado: os planos e seguros saúde no Brasil**. 1999. (Tese) - Doutorado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

_____. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº 6, v. 2, p. 329-339, 2001.

BAHIA, L.; ANTUNES, L.; CUNHA, T.; MARTINS, W. **Planos de saúde no Brasil:**

origens e trajetórias. Rio de Janeiro: Leps / Ministério da Saúde, 2005.

BAPTISTA, T. W. de F.; GOMES, M. M. G.; NOGUEIRA, C. de O. O legislativo e a saúde: o debate no período do governo Lula. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. (orgs.). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BECKER, G. S. A. Theory of Competition among Pressure Groups for political influence. **The Quarterly Journal of Economics** v. XCVIII, 1983.

BEHRING, E. R. Brasil em contra-reforma: **desconstrução do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2009.

BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política.** Brasília: UNB, 1991.

BODRA, M. E. F. do A. Reajuste por sinistralidade em contratos coletivos empresariais de assistência à saúde—Interpretação segundo os princípios constitucionais do direito à saúde e artigos 1º e 170 da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 2, p. 88-112, 2013.

BOITO JR, A. Os atores e o enredo da crise política. In JINKINGS, I.; DORIA, K.;

CLETO, M. **Porque gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2016.

_____. Pensamento econômico e conflitos de classe. [S.l.]. **Jornal Brasil de Fato**, 02 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.brasildefato.com.br/node/12522>> Acesso em: 16 jul. 2016.

_____. Governos Lula: a nova burguesia nacional no poder. In: GALVÃO, A.; BOITO JR, A. (orgs.). **Política e classes sociais no Brasil dos anos 2000.** São Paulo: Alameda, 2012.

BRADESCO seguros. **Empresas do grupo Bradesco seguros.** Disponível em: <<http://www.bradescoseguros.com.br/wps/portal/TransforDigital/Site/empresas/#saude>> Acesso: 22, mai. 2017

BRAGA, R. O fim do Lulismo. In JINKINGS, I.; DORIA, K.; CLETO, M. **Porque gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2016.

BRASIL DE FATO. **Planos “acessíveis” de saúde? Para quem?** 2017. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2017/07/26/artigo-or-planos-acessiveis-de-saude-para-quem/>> Acesso em: 28, jul. 2017.

BRASIL. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. **Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 1971.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 1990.

_____. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.** Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 1998.

_____. RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000. **Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.** Brasília: ANS, 2000.

_____. PL 7419, de 09 de agosto de 2006. **Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.** Brasília: Câmara dos Deputados, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Mais saúde: direito de todos:** 2008 -2011. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. RN 279 de 24 de novembro de 2011. **Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999.** Brasília: ANS,2011.

_____. Lei nº 12.858 de 09 de setembro de 2013. **Dispõe sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, com a finalidade de cumprimento da meta prevista no inciso VI do caput do art. 214 e no art. 196 da Constituição Federal; altera a Lei nº 7.990, de 28 de dezembro de 1989; e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 2013.

_____. PEC nº 451, de 22 de dezembro de 2014. **Insere inciso XXXV e altera o parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal.** Brasília: Câmara dos Deputados Federais, 2014.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Estrutura e concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ANS, 2015a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_estruturadeconcorrencianosetordeoperadorasdeplanosdesaudenobrasil.pdf> Acesso em: 04. Abr. 2017.

_____. Câmara dos Deputados. **Deputado cobra instalação de CPI para apurar abusos de planos de saúde**. 2015b. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/CONSUMIDOR/489041-DEPUTADO-COBRA-INSTALACAO-DE-CPI-PARA-APURAR-ABUSOS-DE-PLANOS-DE-SAUDE.html>>. Acesso em: 10, jun. 2017.

_____. PL 4043, de 15 de dezembro de 2015. **Dá nova redação ao § 1º do art. 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde", no que diz respeito ao direito de aposentados, nas mesmas condições de quando estavam empregados**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015c.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos** [online]. Rio de Janeiro: ANS, Ano 10, n. 3, set., 2016a. 60p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/Caderno_setembro_2016.pdf> Acesso em: 03 mar. 2017.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS**. Rio de Janeiro: ANS, nov. 2016b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/boletim_ressarcimento_novembro_2016.pdf> Acesso em: 16, dez. 2016.

_____. PL 5532, de 09 de junho de 2016. **Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016c.

_____. EC 93, de 8 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**. Brasília: Presidência da República, 2016d.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Tabnet Informações em saúde suplementar**. 2017a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br//anstabnet/>> Acesso em: 02 Abri de 2017.

_____. Câmara dos Deputados. **Frentes Parlamentares**. 2017b. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/internet/deputado/frentes.asp>> Acesso em: 09, abr. 2017.

_____. Câmara dos Deputados. **O Papel das Comissões**. 2017c. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/o-papel-das-comissoes>> Acesso em 16, abr. 2017

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 2017d. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3949-ans-publica-informacoes-economico-financeiras-do-setor-em-2016>. Acesso em: 13, jun. 2017.

_____. Câmara dos deputados. **O papel da câmara dos deputados**. 2017e. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/a-camara/conheca>>. Acesso em: 28, jun. 2017.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Estado e subdesenvolvimento industrializado**. São Paulo: Brasiliense, 1977.

_____. **A construção política do Brasil: sociedade, economia e Estado desde a independência**. São Paulo: Editora 34, 2015.

CARCANHOLO, M. D. Neoconservadorismo com Roupagem Alternativa: a Nova CEPAL dentro do Consenso de Washington. **Revista Análise Econômica** [online], Porto Alegre, ano 26, n. 49, p. 133-161, mar., 2008. Disponível em<<http://seer.ufrgs.br/index.php/AnaliseEconomica/article/view/10901/6483>>. Acesso em: 02, jan. 2016.

CASTELO, R. **O social-liberalismo: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. **Nota: a PEC 451 viola o direito à saúde e promove a segmentação do SUS**. 2015. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/03/a-pec-451-viola-o-direito-a-saude-e-promove-a-segmentacao-do-sus/>>. Acesso em 21, mai. 2017.

CENTRAL NACIONAL UNIMED. **Quem somos**. 2017. Disponível em: <<http://www.centralnacionalunimed.com.br/quemsomos>> Acesso em: 29 Mar. 2017.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. **101 propostas para modernização trabalhista**. Brasília: CNI, 2012. Disponível em: <<http://www.abinee.org.br/informac/arquivos/cniprop.pdf>>. Acesso em: 10, jul. 2017.

CONTRAF - Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo financeiro. **Audiência pública no Senado discute resolução normativa da ANS nesta terça**.

2011. Disponível em: <http://www.contrafcut.org.br/noticias/audiencia-publica-no-senado-discute-resolucao-normativa-da-ans-nesta-terca-3764>. Acesso em: 13, mai. 2017.

CORADINI, O. L. Frentes Parlamentares, representação de interesses e alinhamentos políticos. **Revista de Sociologia e Política** [online], v. 18, nº 36, p. 241-256, jun. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v18n36/15.pdf>> Acesso em: 20, abr. 2017.

CORREIA, M. V. C. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos. **Reforma Sanitária e Contrarreforma na saúde: Interesses do capital em curso**. São Paulo: Papel Social, 2015.

CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, M. I. S. et al. **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

COSEMS, CE. **Estudo prevê que o SUS perderá 654 bilhões caso a PEC 241 seja aprovada**. (2016). Disponível em: <http://www.cosemsce.org.br/v2/estudo-preve-que-o-sus-perdera-654-bilhoes-caso-a-pec-241-seja-aprovada/> Acesso em: 20, jul. 2017.

COSTA, Nilson de Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: **Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

COUTINHO, C. N. Representação de interesses: formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. F. et al. (orgs.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Cortez: 3ª ed. p. 47-60, 2006.

DIAS, E. F. **Política brasileira: embate de projetos hegemônicos**. São Paulo: Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2006.

DIEHL, D. A. **O Brasil à beira de um “golpe de Estado de novo tipo”**. (2016) Disponível em: <<http://assessoriajuridicapopular.blogspot.com.br/2016/03/direito-e-conjuntura-nova-coluna-no.html>> Acesso em: 20, jul. 2017

DOADORES de campanha. 2017. Disponível em: <<http://www.doadoresdecampanha.com.br/donatorios/?doador=78339439000130&no=2014>>. Acesso em: 13, mai. 2017.

DOMINGUES, B. Planos Populares: o barato que sai caro. **Radis Comunicação e Saúde**. Nº 175, p. 16-21, abr. 2017.

DOMINGUEZ, B. Entidades se unem contra a proposta do Ministério de diminuir cobertura dos planos de saúde. **Radis Comunicação e Saúde**. Nº 168, p. 24-26, set. 2016.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (FIESP). **Brasil do diálogo pela produção e emprego**. São Paulo: 2011. Disponível em: http://www.smabc.org.br/Interag/temp_img/%7B810B756E-4C7F-460D-936B-3E53A6382B94%7D_Brasil%20do%20Dialogo%20HIGH%20QUALITY.pdf> Acesso em: 10/07/2017

FERNANDES, F. **A Revolução Burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975a.

FERNANDES, F. **Sociedade de Classes e Subdesenvolvimento**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 3ª ed, 1975b.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. São Paulo: Globo, 2005.

FILGUEIRAS, L. A natureza e os limites do desenvolvimento no capitalismo dependente brasileiro. **Revista Margem Esquerda**, São Paulo, Boitempo editorial, n. 23, p. 32-38, out. 2014.

GOMES, F. B. C.; CARVALHO, E. L.; REIS, R. Projetos de lei ordinária apresentados na câmara dos deputados entre 1999 e 2006: tramitação geral e dos relacionados à saúde. **E-Legis-Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação da Câmara dos Deputados**, n. 2, p. 32-44, 2009. Disponível em: <<http://e-legis.camara.leg.br/cefor/index.php/e-legis/article/view/10>>. Acesso em: 11, abr. 2017.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2 ed, 1999.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas**. 2003. Disponível em: <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm?caminho=/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2003/> Acesso em: 08 de ago. 2017.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2016**. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/default.shtm>> Acesso em: 08 de ago. 2017.

JURCA, R. de L. **A Construção do Direito à Saúde Segundo a Perspectiva da Individualização**. (Dissertação) - Mestrado em Ciências Sociais, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

LARA, Ricardo. Pesquisa e Serviço Social: da concepção burguesa das ciências sociais à perspectiva ontológica. Revista Katalysis, Florianópolis, v. 10, n. esp., 2007. Disponível em: <
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S141449802007000300008/3915>>

LIMA, N. T.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). **Saúde e democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MARA, E. **Pacto social e hegemonia burguesa**: a reforma do neoliberalismo na Era Lula. (Tese) - Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

MEDEIROS, S. M. A. **Direção das lutas dos trabalhadores: o caso da Reforma Sanitária brasileira**. (Tese) – Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

MENDES, A. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, M. I. S. et al. **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 2003. (Tese) - Doutorado em Ciências Humanas, Sociologia e Política, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, 2003.

MOTA, A. E. **Cultura da Crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortês, 2000.

MOTA, A. E.; AMARAL, A.; PERUZZO, J. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, A. E. (org.). **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia**: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

OCKÉ-REIS, C. O. **Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011**. (Nota técnica). Brasília: ipea, 2013. Disponível em: <
www.poligremio.epsjv.fiocruz.br/upload/doc/NT_gastosaude_ok.pdf>. Acesso em: 17, jul. 2017.

OCKÉ-REIS, C. O.; SANTOS, F. P. **Mensuração dos Gastos Tributários em saúde – 2003-2006**. Brasília: ipea, 2011. Disponível em: <
http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1399/1/td_1637.pdf>. Acesso em: 17, jul. 2017.

PARTIDO DOS TRABALHADORES. **Programa de Governo 2002 Coligação Lula Presidente: Um Brasil para Todos**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

PENA, Gustavo Teodoro Andrade. Grupos de pressão. In: **Âmbito Jurídico** [online], Rio Grande, XIII, n. 80, set., 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8352>. Acesso em abr 2017.

PIERRY, F. **Dilma veta anistia de multa a operadoras de planos de saúde**. 2014. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/dilma-veta-anistia-de-multa-operadoras-de-planos-de-saude-12477477>> Acesso em: 31, jun. 2017.

PINA, J. A. **Sindicalismo e saúde no Brasil: a relação sistema único de saúde (SUS) e os planos privados de saúde na assistência à saúde dos trabalhadores**. 2005. (Dissertação) - Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

PINA, J. A., CASTRO, H. A., ANDREAZZI, M. F. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 11, n. 3, p. 837-846, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30998>>. Acesso em: 02, mai. 2017
POULANTZAS, N. **Poder político e classes sociais**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

ROCHA, M. M. da; BARBOSA, C. F. Regras, incentivos e comportamento: as comissões parlamentares nos países do Cone Sul. **Revista de Sociologia e Política** [online]. v.16, supl., p. 93-104, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/238/23811703007/>> Acesso em: 02, mai. 2017.

SANTOS, N. R. SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS. **Saúde em Debate** [online], v. 39, n. 106, p. 582-600, 2015. – Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406342828002.pdf> > Acesso em: 04, abr. 2017.

SCHEFFER, M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Revista de Direito Sanitário** [online]. v. 14, n. 1, p. 122-131, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56627>>. Acesso em: 05, jul. 2017.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde em Debate** [online]. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/11.pdf>> Acesso em: 12, dez. 2016.

_____. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 15, n. 38, p. 947-

956, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/30.pdf>. Acesso em: 05, dez. 2016.

_____. Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. **Relatório de Pesquisa** [online]. 2015. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>> Acesso em: 10, jun. 2016.

SENADO notícias. **DRU**. 2015. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>> Acesso em: 17, jul. 2017.

SINDICATO dos Corretores de seguros no Estado de São Paulo (SINCOR/SP). **Ranking das seguradoras 2016**. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/sincor-arquivos/wp-content/uploads/2017/05/rankingseguradoras_2016_web.pdf> Acesso em: 27, jul. 2017.

SINGER, A. Cutucando onças com varas curtas: O ensaio desenvolvimentista no primeiro mandato Dilma Rousseff (2011-2014). **Novos estudos** [online], São Paulo, v.1, n. 102, p. 42-71, Jul., 2015. Disponível em: <<http://novosestudos.org.br/v1/contents/view/1604>> Acesso em: 10, fev. 2017.

SINGER, A. V. **Os sentidos do Lulismo: reforma gradual e pacto conservador**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate** [online], Rio de Janeiro v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014. Disponível em: <<http://www.reposip.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/84160/1/S0103-11042014000100018.pdf>> Acesso em: 06, jun. 2017.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010 (Tese) – Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SPECK, B. W. Reagir a escândalos ou perseguir ideais? A regulação do financiamento político no Brasil. **Cadernos Adenauer** [online], ano 6, n. 2, p. 123-159, 2005. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33801182/2006_SPECK_Reagir_a_escandalos_Versao_ONPE_Peru.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1500006950&Signature=eLixFrLtzqweQHyaCWFn1SZ4pg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBruno_Wilhelm_Speck_Reagir_a_escandalos.pdf> Acesso em: 05, mai. 2017.

SPECK, B. W. O financiamento de campanhas eleitorais. **Reforma Política no Brasil** [online]. Belo Horizonte: UFMG, PNUD, p. 153-158, 2006. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33801268/2006_C_SPECK_Financiamento_de_campanhas_eleitorais_153-158.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1500006862&Signature=de%2FkusPCdTXZdEr%2FnfK2Y1jc9ug%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBruno_Wilhelm_Speck_O_financiamento_de_c.pdf> Acesso em: 05, mai. 2017.

TEIXEIRA, M. F.; PATRÍCIO, R. G. O Fenômeno da "fila dupla" ou "segunda porta" no sistema único de saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. **Revista de Direito Sanitário** [online], v. 11, n. 3, p. 50-62, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13222/15036>> Acesso em: 02, jul. 2017.

TRIBUNAL Superior Federal. Imprensa. **Doações de pessoas jurídicas estão proibidas nas Eleições de 2016**. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/imprensa/noticias-tse/2016/Agosto/doacoes-de-pessoas-juridicas-estao-proibidas-nas-eleicoes-2016>> Acesso em: 20, nov. 2016.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE (UNIDAS). **Autogestão em saúde no Brasil: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor**. São Paulo: Unidas, 2005. Disponível em: <http://www.unidas.org.br/universidade/livro_autogestao_saude_brasil.pdf> Acesso em: 17 mar. 2017.

UNIDAS. **Quem somos**. 2017. Disponível em: <http://www.unidas.org.br/institucional/apresentacao>. Acesso em: 17 mar. 2017.

UNIMED. Federação das Unimeds do Estado de São Paulo (Fesp). **Normativa NAE**. Disponível em: <<http://www.unimedfesp.coop.br/institucional/nae/Paginas/Normativa-NAE.aspx>>. Acesso em: 13, mai. 2017.

VIANA, J. F. M. **Saúde supletiva: Estado, famílias e empresas em novo arranjo institucional**. 2012. (tese) – Doutorado em Desenvolvimento econômico, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

VIANNA, L. T. W. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.