

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÍVEL MESTRADO**

BRUNO GOMES DE ASSUMPÇÃO

**REGULAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE SUPLEMENTAR: DESAFIOS
SOCIOECONÔMICOS DAS UNIMEDS - SOCIEDADES COOPERATIVAS DE
TRABALHO MÉDICO**

**São Leopoldo
2017**

Bruno Gomes de Assumpção

REGULAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE SUPLEMENTAR: DESAFIOS
SOCIOECONÔMICOS DAS UNIMEDS - SOCIEDADES COOPERATIVAS DE
TRABALHO MÉDICO

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa
de Pós-Graduação em Ciências Sociais da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos –
UNISINOS.

Área de concentração: Sociedade, economia e
emancipação

Orientadora: Prof.Dra.Adriane Vieira Ferrarini

São Leopoldo
2017

A851r Assumpção, Bruno Gomes de
Regulação da política pública de saúde suplementar : desafios
socioeconômicos das Unimed - Sociedades Cooperativas de
Trabalho Médico / por Bruno Gomes de Assumpção. – 2017.
127 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, São
Leopoldo, RS, 2017.

“Orientadora: Dra. Adriane Vieira Ferrarini.”

1. Saúde suplementar. 2. Unimed. 3. Política pública. 4. Regulação.
5. Controle social. I. Título.

CDU: 614:304

Bruno Gomes de Assumpção

REGULAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE SUPLEMENTAR: DESAFIOS
SOCIOECONÔMICOS DAS UNIMEDS - SOCIEDADES COOPERATIVAS DE
TRABALHO MÉDICO

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre, pelo
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Sociais da Universidade do Vale do Rio dos
Sinos – UNISINOS

Aprovado em 26 de outubro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Adriane Vieira Ferrarini – orientadora – UNISINOS

Marília Veríssimo Veronese – UNISINOS

Alcindo Antônio Ferla – UFRGS

Dedico este trabalho ao meu pai Jair Gomes de Assumpção e ao meu filho João Marcos Ambrósio da Fonseca e Assumpção.O meu amor e carinho por vocês é descomunal!

AGRADECIMENTOS

Querido Deus, pai e amigo de todas as horas, pelo dom da vida e por tantas bênçãos que me foram concedidas no decorrer da minha caminhada, de todo coração e com toda gratidão, obrigado Senhor!

Para Lélia Júlia de Carvalho, minha namorada, companheira, amiga, colega de turma, parceira nos momentos de alegria e de reflexão, muito obrigado! Você floriu o meu caminho! O melhor ainda está por vir!

Aos meus amigos queridos de 4, 6 e 12 cordas, que a minha ausência seja recompensada pelos muitos encontros que teremos para falar da vida, por meio de acordes vibrantes.

Queridas vó Severina, mamãe Maria Suely e irmã Juliana, obrigado pelas orações de vocês!

Ao meu amigo e sócio Daniel Rodrigues Faria, pelas muitas reflexões que fizemos e ainda faremos sobre o mercado de saúde suplementar. Obrigado!

Para minha orientadora Prof. Dra. Adriane Vieira Ferrarini, pela dedicação, paciência e apoio na elaboração desta dissertação. Muito obrigado por tudo!

RESUMO

A Constituição brasileira de 1988 foi o primeiro texto constitucional pátrio a consagrar o direito à saúde como direito fundamental, estabelecendo que, além de ser direito de todos e dever do Estado, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. A novidade trazida foi a adoção de um sistema universal de acesso aos serviços públicos de saúde, acentuando a solidariedade entre as pessoas jurídicas de direito público interno, estabelecendo a igualdade da assistência à saúde. Diante disso, tem-se que a política pública de saúde suplementar é um desdobramento da política de saúde, pois as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde e segundo as diretrizes deste. Sendo assim, verifica-se uma forte influência social e econômica na regulação da política pública de saúde suplementar, o que é materializado nas obrigações impostas às Operadoras de Planos de Saúde, gerando importante discussão socioeconômica acerca do aumento de obrigações repassadas ao setor privado. À vista disso, destaca-se que a função estatal de proteção do interesse público diante das estratégias econômicas dos agentes privados é atribuição da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tendo por base a concepção de um Estado regulador e por missão, a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Relevante ainda se faz salientar que o processo de regulação está inserido num cenário de disputas de interesses conflitantes que especificam o seu formato e extensão. Diante dessa realidade, a articulação entre os setores público e privado na assistência à saúde é um tema relevante para o sistema de saúde no Brasil, eis que a saúde coletiva constituiu-se fundamentalmente da análise das relações entre a medicina como prática social, e a estrutura das sociedades concretas em que ela cresce. A saúde não pode ser compreendida fora de seu contexto, pois fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, comportamentais e ambientais causam influência tanto na ocorrência de problemas de saúde, quanto na concepção e estrutura da política e dos serviços ofertados. Nessa perspectiva, compreende-se o Sistema Cooperativo Unimed, que consiste na maior rede de assistência médica do Brasil e no maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo, além das tensões que surgem nas relações entre operadoras de planos de saúde, beneficiários e Agência Nacional de Saúde Suplementar. Há dificuldades de diálogo entre os setores público e privado para o desdobramento de uma eficiente política de saúde suplementar. Na busca da prestação dos serviços assistenciais, por sua vez, observa-se a necessidade da ampliação dos espaços de diálogo entre a ANS e as operadoras de plano de saúde, com o fito de aprimorar o

entendimento sobre o ideário da promoção da saúde e sobre as possíveis estratégias de implantação de práticas sustentadas nos princípios norteadores e que dizem respeito à concepção holística, equidade, intersetorialidade, participação social e sustentabilidade.

Palavras-Chave: Saúde Suplementar. Unimed. Política Pública. Regulação. Controle Social.

ABSTRACT

Brazilian Constitution of 1988 was the first constitutional text to recognize the right to health as a fundamental right, establishing that, besides being the right of everyone and the duty of the State, health care is free to private initiative. The novelty was the adoption of a universal system of access to public health services, intensifying solidarity among legal entities under domestic public law, establishing equality of health care. Supplementary public health policy is an unfolding of health policy, since private institutions may participate in a complementary way to the single health system and according to their latter's guidelines. There is a strong social and economic influence in the regulation of the supplementary public health policy, which is materialized in the obligations imposed on the Health Plan Operators, causing an important socioeconomic discussion about the increase of obligations passed on to the private sector. The State function of protecting public interest before economic strategies of private agents is attributed by the National Agency of Supplementary Health (ANS), based on the conception of a regulatory State and, by mission, the promotion of public interest defense in supplementary health care. The regulatory process is embedded in a scenario of conflicting interests disputes that specify its shape and extension. The articulation between the public and private sectors in health care is a relevant theme for the health system in Brazil, since collective health was constituted fundamentally by analyzing the relations between medicine as a social practice, and the structure of concrete societies in which it grows. Health can not be understood outside its context, since social, economic, political, cultural, behavioral and environmental factors influence both the occurrence of health problems and the design and structure of policy and services offered. The Unimed Cooperative System consists of Brazil's largest healthcare network and the largest cooperative medical work system in the world. There are tensions in the relations between health plan operators, beneficiaries and the National Supplementary Health Agency. There are difficulties in dialogue between the public and private sectors to unfold an efficient supplementary health policy. In the search to provide healthcare services, it is necessary to expand the spaces for dialogue between ANS and health plan operators, in order to improve the understanding of health promotion ideals and possible strategies of practices implementation based on guiding principles that are related to the holistic conception, equity, intersectoriality, social participation and sustainability.

Keywords:Supplementary Health. Unimed.Public policy.Regulation. Social Control.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de Cobertura dos Planos Privados.....	85
Figura 2 – Distribuição percentual dos planos de saúde com beneficiários por modalidade de operadora (Brasil – março/2009).....	86
Figura 3 – Evolução do sistema de sociedades cooperativas UNIMED	87
Figura 4 – Sistema Unimed do Brasil em Números	88

LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CID – Código Internacional de Doenças
CONSU – Conselho de Saúde Suplementar
DCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
DIDES – Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS – Diretoria de Fiscalização
DIGES – Diretoria de Gestão
DIOPE – Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIPRO – Diretoria de Normas e Habilitação dos produtos
DOU – Diário Oficial da União
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
FMI – Fundo Monetário Internacional
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
II PND – II Plano Nacional de Desenvolvimento
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS – Lei Orgânica de Saúde
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OCB – Organizações das Cooperativas Brasileiras
OMC – Organização Mundial do Comércio
ONU – Organização das Nações Unidas
PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
Piass – Programa de interiorização das Ações de Saúde

Plus – Plano de Localização de Serviços de Saúde

PMC – Projeto Montes Claros

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

RAP – Relatório de Audiência Pública

RDC – Resoluções da Diretoria Colegiada

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIPS – Sistema de Indicadores de Percepção Social

Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. QUESTÃO SOCIAL, ESTADO E SOCIEDADE	16
2.1. Questão Social: origem e atualidade	16
2.2. Trajetória do Estado Moderno	20
2.2.1. O Estado Liberal.....	22
2.2.2. O Estado Social Democrata	26
2.3. Questão Social Contemporânea e Políticas Públicas.....	29
3. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	36
3.1. A Reforma Sanitarista e a criação do Sistema Único de Saúde	36
3.2. Direito à Saúde como direito universal no Brasil.....	43
3.3. Saúde Suplementar no Brasil.....	52
3.4. A Regulação Pública da Saúde no Brasil	62
3.5. Articulação Público/Privada na assistência à saúde	69
4. AS SOCIEDADES COOPERATIVAS E OS DESAFIOS DA REGULAÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE NO BRASIL.....	72
4.1. A construção do “corpus” da pesquisa	72
4.2. Unimeds – Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico	75
4.3. As Unimeds diante da interação entre os sistemas público e privado na provisão dos serviços de saúde	79
5. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS: a saúde suplementar em questão .	89
5.1. Relações e tensões entre operadoras, beneficiários e Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.....	89
5.2. Os Atores Sociais e a implementação da saúde suplementar	93
6. CONCLUSÃO.....	105
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICE A – ENTREVISTA REALIZADA COM O GESTOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	118
APÊNDICE B – ENTREVISTA REALIZADA COM O GESTOR 1 DA UNIMED CERRADO.....	123
APÊNDICE C – ENTREVISTA REALIZADA COM O GESTOR 2 DA UNIMED CERRADO.....	125

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem por escopo a Regulação da Política Pública de Saúde Suplementar, com o consequente impacto socioeconômico nas UnimedS – Cooperativas de Trabalho Médico, considerando as múltiplas dimensões que envolvem o fenômeno. Na delimitação do tema, analisar-se-á a política pública de saúde suplementar, dada a relevância do direito e do acesso à saúde, insculpidos nos arts. 196 e 197 da Constituição Federal brasileira de 1988.

A Constituição Federal estabelece expressiva relevância pública às ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. No mesmo contexto, estabelece que as instituições privadas poderão participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, nos termos das diretrizes estabelecidas por ele.

Desde já, é fundamental ressaltar que o sistema Unimed é o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo, além de também ser a maior rede de assistência médica do Brasil. As UnimedS estão presentes em todo o território nacional, especialmente no interior do Brasil, em localidades que as demais operadoras de saúde não possuem interesse mercadológico de se estabelecer. Atuação essa que é congruente com o que estabelece a Constituição Federal de 1988 ao dispor que a saúde pública é direito de todos e dever do Estado, cabendo-lhe a responsabilidade da criação de todo um modelo jurídico e institucional para amadurecer e implantar uma densa reforma sanitária.

A importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil, tornou-se fundamental para o governo, observando-se que o Estado não tem condições de atender a demanda de toda a população brasileira. Nesse sentido, verifica-se que, por meio de uma legislação crescentemente restritiva e rigorosa, o Estado aparentemente tenta transferir para a saúde suplementar várias de suas responsabilidades constitucionais referentes à saúde pública. Partindo-se dessa realidade, percebe-se o quanto o tema proposto é desafiador, especialmente por tratar de uma política social bastante sensível e intensamente regulada.

O problema de pesquisa delineado assim é apresentado: em que medida a atuação das UnimedS – cooperativas de trabalho médico, configura uma gradativa transferência para o setor privado do dever do Estado em garantir o acesso universal à saúde, considerando a

ampliação do controle social e a regulação da Política Pública de Saúde?

Diante da problemática suscitada, pretende-se: aprofundar histórica e teoricamente a função do Estado como provedor de serviços e direitos sociais a partir de sua vinculação substantiva com a sociedade civil organizada; identificar e compreender o papel dos atores sociais envolvidos na implementação da saúde suplementar brasileira, tendo em vista os mecanismos de regulação e regulamentação vigentes; avaliar a atuação das UnimedS diante da regulação da Política Pública de Saúde Suplementar; analisar a função e os impactos da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. Para tanto, o método que será utilizado nesta dissertação, especialmente na abordagem teórica, é o qualitativo, valendo-se também, da técnica de análise de conteúdo.

A pesquisa realizada nesta Dissertação foi estruturada com base na construção da base teórica sobre o tema proposto. Foram realizadas pesquisas bibliográficas e documentais, com ênfase em artigos científicos e documentos oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e do Ministério da Saúde - MS, além do texto constitucional de 1988. Foram feitas entrevistas com atores sociais da Unimed Cerrado (situada em Goiânia/GO) e do Ministério da Saúde - MS. As técnicas de análise utilizadas foram a Pesquisa Qualitativa e a Análise de Conteúdo - AC. A pesquisa qualitativa centra atenção aos aspectos da realidade que não podem ser quantificados, focando na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

Sendo assim, o primeiro capítulo tratará da origem da denominada Questão Social na Europa do séc. XIX, trazendo à tona o fenômeno da pobreza existente na classe operária, contribuindo para a reivindicação de políticas sociais que pudessem beneficiar a referida classe. Percebe-se que a origem da questão social reside nas novas formas de organização social, política e econômica geradas na modernidade. Assim, a trajetória do Estado Moderno possibilita o entendimento do modo como os indivíduos vêm, ao longo do tempo, se organizando socialmente, com destaque para as transformações políticas e sociais.

O segundo capítulo abordará a Política de Saúde no Brasil trazendo à lume o roteiro histórico e os ideais da Reforma Sanitarista, a criação e a implantação do Sistema Único de Saúde e a postura regulatória do Estado diante do mercado de saúde suplementar. Com o intuito de realizar uma abrangente abordagem sobre o tema proposto, será apresentado o histórico evolutivo das políticas de saúde suplementar no Brasil, com a gênese do mercado de saúde suplementar até os desdobramentos do controle social e da regulação mercadológica, com ênfase no aspecto normativo-institucional e no contexto socioeconômico, possibilitando

uma reflexão sobre as dificuldades e desafios gerados em razão da forma de prestação desses serviços pelas Unimeds.

As sociedades cooperativas de trabalho médico e os desafios da regulação pública da saúde no Brasil serão delineadas no terceiro capítulo. A construção da saúde suplementar no Brasil é estruturada em um denso arcabouço normativo regulatório. A estruturação do sistema de saúde suplementar foi marcada por intensas disputas entre os setores envolvidos, tornando-se imperativa a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com o objetivo promoção da defesa do interesse público. Assim, nesse contexto desafiador, estão inseridas as Unimeds - Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico.

Por fim, as relações e tensões entre operadoras de planos de saúde, beneficiários e Agência Nacional de Saúde Suplementar serão expostas no quarto capítulo. O entendimento dos distintos atores sociais e as dificuldades de diálogo entre os setores público e privado com vistas a uma eficiente política de saúde suplementar, permeiam o referido capítulo. Destaca-se que a ANS estimula a proximidade entre o setor privado e as diretrizes das políticas públicas de saúde, que observam a integralidade da assistência com todas as suas implicações. É fundamental que as políticas regulatórias sejam transparentes, com potencial para ajustar os dois contextos da saúde (público e privado), possibilitando a organização de ambos, para a oferta de serviços para promover a saúde das pessoas. Enfim, o tema proposto é desafiador, pois trata de uma política social altamente sensível e em notória ameaça de esfacelamento diante da veemente regulação que sobre ela se debruça.

2. QUESTÃO SOCIAL, ESTADO E SOCIEDADE

As desigualdades sociais e econômicas geradas ao longo da modernidade configuraram a questão social contemporânea, assim como as formas de resistência historicamente empreendidas pelos trabalhadores, as quais tiveram no Estado e na busca por políticas públicas a sua maior expressão. O Estado sofreu alterações e adquiriu diferentes concepções com o transcurso do tempo e em distintos contextos, sendo sua compreensão fundamental para a elucidação dos desafios de enfrentamento à questão social na contemporaneidade.

2.1. Questão Social: origem e atualidade

O surgimento da denominada questão social ocorreu na Europa, especificamente no séc. XIX, trazendo à lume o fenômeno da pobreza existente na classe operária e contribuindo para a reivindicação de políticas sociais que pudessem beneficiar a referida classe. A origem da questão social encontra-se nas novas formas de organização social, política e econômica engendradas na modernidade.

Nesse seguimento, para Ferrarini (2008), o avanço tecnológico permitiu que comunidades feudais consideradas autosustentáveis produzissem excedentes que eram intercambiados, evitando, desse modo, o desperdício e aumentando a diversidade de produtos para consumo próprio. Assim, a economia parou de girar ao redor da subsistência e passou a privilegiar uma produção maximizada, com capacidade para gerar excedentes. A geração de excedente e transferência de riquezas não são características próprias do capitalismo, eis que houve excedente em todas as sociedades que foram impulsionadas, deixando de serem comunidades primitivas, transformando-se em civilizações que tinham traços de Estado centralizado (Egito, Pérsia, China e Índia). Porém, o capitalismo é o primeiro sistema que tem no econômico o seu princípio central e o processo de acumulação se expressa por meio do lucro, que sempre existiu, mas soboutras formas de trocas econômicas. A acumulação é o meio para aumentar o volume, tendo efeito estabilizador na atividade econômica.

A urbanização e a industrialização das cidades originou o empobrecimento da denominada classe proletária, mas também oportunizou a tomada de consciência da condição de exploração à qual esta classe estava sendo submetida. Tal situação conduziu à implementação de políticas sociais, como forma de diminuição das dificuldades enfrentadas.

Nesse sentido, no entendimento de Polanyi (2012), o processo de acumulação implicou em substancial ruptura com os sistemas pretéritos, nos quais a busca pelo lucro era desprezada em razão da sua vinculação ideológica com o pecado ou com a paixão desintegradora, existindo forte repulsa à agiotagem, em decorrência da despersonalização das condutas monetárias. As oposições ao lucro, juros e avareza eram lastreadas nas informações de que a ganância poderia empobrecer os outros, ao passo de que o acúmulo significaria um desperdício de bens que poderiam ser utilizados por outros.

Ainda, Robert Castel (1998) elaborou uma análise das transformações históricas da sociedade capitalista, enfatizando que a denominada questão social foi suscitada em 1830 quando se constatou o abismo existente entre o crescimento econômico e o aumento da pobreza e a existência de uma ordem econômica que não os reconhecia. A questão social é tratada por ele como sendo uma inquietação quanto à capacidade de manter a coesão de uma sociedade. A ameaça de ruptura é exposta por grupos cuja existência provoca abalos na coesão do conjunto. A análise da questão social se inicia a partir da identificação, ao longo prazo, de uma correlação íntima entre o lugar ocupado pelo indivíduo na divisão social do trabalho e a participação nas redes de sociabilidade, bem como, nos sistemas de produção. Portanto, a argumentação elaborada por Castel, ao tratar a questão social pelo filtro da sua historicidade como dimensão que se estrutura a partir de um fragilizado equilíbrio entre conflito e coesão, não pode ser observada como mero efeito mecânico, seja do ponto de vista da sua constituição ou do ponto de vista das suas configurações contemporâneas.

Ademais, para Iamamoto (2013), a questão social é definida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, que têm uma raiz comum, qual seja: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade. Com a evolução tecnológica proporcionada pela segunda Revolução Industrial, as organizações econômicas enfrentaram muitas dificuldades para comercializar seus produtos, eis que os mercados de consumo não cresciam na mesma proporção que a capacidade produtiva do setor industrial. A necessidade de mercados sempre crescentes para seus produtos impulsionou o poder econômico à conquista de um mercado mundialmente considerado.

Enveredar discussão acerca da questão social traduz um modo de problematizar alguns dos dilemas cruciais do cenário atual: a crise do *Welfare State*, que reabre o problema da justiça social, redefinindo o papel do Estado e o sentido da responsabilidade pública; as novas

fragmentações e diferenciações produzidas pela reestruturação produtiva e o esgotamento do modo fordista de regulação do mercado laboral.(TELLES, 1996).

Nessa continuidade, pelo fato de ser uma ciência baseada em princípios de neutralidade, a economia necessitava se colocar alheia à dimensão da moral da criação e da correção de procedimentos técnicos e instrumentais que mantinham o sistema econômico estável. No entendimento de Adam Smith, além do homem ter propensão às atividades lucrativas, as riquezas detêm um expressivo poder de atração no mundo. Nesse sentido, verifica-se que o sistema econômico é dirigido por motivações sociais, tendo sido necessária uma legítima revolução em costumes e valores com relação à ideologia do capital. Dessa forma, duas mudanças foram fundamentais: a avareza e o comportamento aquisitivo. (FERRARINI, 2008).

A avareza, também denominada de amor ao lucro, deixou de ser analisada como paixão desintegradora, passando a planar o interesse da estabilidade. Em regra, Locke converte a geração do excedente, de soma zero em soma positiva, eis que o enriquecimento para cada um é potencialmente oportunidade de enriquecimento coletivo. Portanto, o lucro passou a ser observado como necessário diante da geração de crescimento econômico e a exercer efeito civilizador. A diminuição do impacto moral da vida econômica cresce decisivamente no final do século XXI, conforme a teoria utilitarista de Jeremy Bentham, que oferece solução dos problemas morais de acumulação por meio da ideia de que o que é bom para a pessoa será bom para a sociedade. (FERRARINI, 2008).

No que tange ao comportamento aquisitivo, esse passa por um processo de racionalização por meio do desenvolvimento da Economia como uma ciência da aquisição lastreada em regras. Polanyi (2012) entende que, pela primeira vez, a regulação era oriunda do lucro e o fervor referente ao lucro poderia ser comparado ao histórico fervor religioso. Outras cisões ocorrem com o fortalecimento do capitalismo como modo de produção preponderante, quais sejam: a necessidade permanente e crescente de competição; a comercialização da terra e do dinheiro e a organização do processo de produção sob o molde de compra e venda. Assim, o lucro é oriundo da relação salarial, levando capitalistas a buscar formas mais eficazes de exploração e obtenção da mais valia do trabalhador. (FERRARINI, 2008).

Outrossim, a ideia de progresso espontâneo e de um sistema autorregulável a partir do mercado, que preponderou desde o início do capitalismo (também conhecido por capitalismo comercial e industrial liberal), demonstrava as limitações na capacidade de regulação social. Há que se registrar que a livre concorrência não se mostrava livre para todos, pois as

condições e oportunidades eram desiguais. A livre expressão e a denominada igualdade jurídica possibilitavam o entendimento de democracia e pacificação dos conflitos, porém geravam uma novel forma de ocultação das desigualdades sócio-políticas. (FERRARINI, 2008).

Nesse sentido, o período do capitalismo denominado de industrial inicia no final do século XIX e vai até 1960, sendo marcado pelo processo de autonomização da dimensão econômica. Nesse tempo, a economia é acelerada por novas formas de condução e organização da produção, especialmente o fordismo¹ e o taylorismo², além das mudanças ocasionadas pela crescente urbanização das cidades. Esse processo de hegemonia simbólica do capital é permeado por tensões entre o progresso e os conflitos sociais. Há questionamentos densos acerca da capacidade de regulação social frente à economia, que passa a ser considerada como selvagem e destruidora. (FERRARINI, 2008).

Assim, a questão social passa a ser a questão de qual lugar as coletividades mais dessocializadas podem ocupar na sociedade industrial, pois a questão social se põe às margens da sociedade, mas indaga o conjunto da sociedade. Portanto, o lugar do social é observado entre a organização política e o sistema econômico, pontuando explicitamente a necessidade de construir sistemas de regulação não-mercantil com o objetivo de tentar preencher tal espaço. Dessa forma, advém a questão do papel que o Estado é convocado para desempenhar. Para Castel, o Estado social é a intervenção estatal na interseção do mercado e do trabalho.

As mudanças ocorridas contribuíram para o recrudescimento das atividades de entidades representantes dos trabalhadores e empregadores, especialmente sindicatos, associações patronais e negociações coletivas. O fortalecimento das organizações de trabalhadores foram desdobradas em políticas de classe que exigiam o controle da atividade econômica, permitindo expressivo crescimento do marxismo. Adiante, as ideologias progressistas começaram a se desintegrar por ocasião do capitalismo financeiro, no período compreendido a partir de 1960, iniciando a Terceira Revolução Industrial. A ruptura do comunismo e, à reboque, o fim da guerra fria ilustram o cenário político que tornou viável a mundialização do capital.

As críticas ao socialismo se baseiam em evidências relacionadas às seguintes situações: excesso de burocracia, repressão, ausência de democracia e partidarização dos governos. Quanto ao capitalismo, preponderava o entendimento do seu amadurecimento como

¹ Produção em série.

² Modelo gerencial de trabalho que se caracteriza pela divisão entre o fazer e o pensar.

um sistema gerador de mecanismos virtuosos e de crescimento de pleno emprego, sempre pressionado pelas exigências da produção e investimento. (FERRARINI, 2008).

Em tempos pretéritos, crucial para a acumulação, o trabalho perdeu parte de sua relevância, criando parcelas de trabalhadores avulsos para o mercado. O crescimento industrial é acelerado e a concorrência internacional é aumentada, possibilitando o nascimento das empresas transnacionais que procuram mão-de-obra barata, matéria prima e mercado consumidor nos países do terceiro mundo.

Nesse aspecto, a questão social na contemporaneidade resume múltiplas desigualdades mediadas por diferenças nas relações de gênero, características étnico-raciais, relações com o meio ambiente e formações regionais, colocando em pauta vários segmentos da sociedade civil. Foram as lutas sociais travadas na Europa que quebraram o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública. A questão social instigou a criação do Estado de bem-estar social e a consequente implementação das políticas públicas de bem-estar. Desse modo, torna-se necessária a interferência do Estado no reconhecimento e na legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos.(IAMAMOTO, 2013).

2.2. Trajetória do Estado Moderno

Discorrer sobre a trajetória do Estado moderno é relevante para entender como os indivíduos vêm, ao longo do tempo, se organizando socialmente nos séculos pretéritos, além de servir como base para entender as transformações políticas e sociais. Ao tratar do Estado, se faz referência a um modo distintivo de impulsionar o exercício do poder e autoridade.

A questão da origem e do desenvolvimento do Estado moderno na Europa Ocidental foi abordada pela historiografia do século XIX e da primeira metade do século XX, de tal forma que terminou não distinguindo a questão da formação do sentimento nacional e de nacionalidade e a questão da própria chegada da modernidade, aparecendo o Estado como portador e concretizador de ambas. Assim, não causa surpresa a falta de consenso entre os historiadores acerca do Estado moderno ou sobre a monarquia nacional absolutista, especialmente quando se trata da Europa em geral e não, em particular, de apenas um país.(FLORENZANO, 2007).

Nesse seguimento, é cediço que o sistema feudal era alicerçado na economia agrária, sendo organizada em unidades territoriais chamadas de feudos, que assumiam dimensões

econômicas, militares e políticas. A estratificação social do mundo feudal apresentava em sua base uma maioria composta por camponeses fixados em feudos e imersos na pobreza. Além do clero, os grandes proprietários de terra, os denominados senhores feudais, formavam a classe dos nobres, que se organizavam politicamente por meio de um sistema complexo, porém frágil, de alianças políticas.

Essas classes sociais estavam inteligadas por meio do princípio de reciprocidade que possui contornos políticos, culturais e econômicos, ou seja, as pessoas se encaixavam nesse cenário através de relações de dependência e submissão. Os senhores feudais estabeleciam arranjos políticos entre si, originando obrigações recíprocas de forma que o senhor feudal mais forte garantia proteção ao mais fraco, recebendo em pagamento tributos, fidelidade e lealdade em ocasião de conflito contra um terceiros senhor feudal. O Estado Moderno floresce no período do chamado absolutismo.(SOUZA, 2010).

Portanto, o Estado moderno nasce na Europa, no período que diz respeito à crise do sistema feudal. E justamente por causa dessa singularidade é denominado de Estadomoderno (SOUZA, 2010). A primeira forma de Estado moderno, o absolutismo, foi resultado de um longo e denso processo histórico que se inicia com a crise da sociedade feudal, a partir do século XIV, na Europa ocidental e não no século XVI. Divergências históricas à parte, os aristocratas, os nobres e o clero se defrontaram com o surgimento da burguesia, uma nova classe social em formação.

A intensidade com que as atividades comerciais se manifestavam proporcionou o enriquecimento galopante da burguesia e, por ser uma classe em franco crescimento econômico e estar alheia às decisões políticas, a burguesia buscou firmar alianças políticas com os monarcas. A união das monarquias nacionais com parte significativa da burguesia implicou no surgimento do Estado absolutista. Desse modo, o novel Estado, com apoio burguês, terminou centralizando as decisões políticas, sendo que sua força se estendeu por distintos territórios, anteriormente controlados pelos senhores feudais.(CUNHA, 2013).

O Estado absolutista teve em Thomas Hobbes o seu grande expoente teórico. A teoria hobbesiana buscava, especialmente, as origens do Estado. Para Hobbes, o Estado soberano traduz a realização máxima de uma sociedade civilizada racional. Historicamente, é no Estado absolutista que se inicia a separação entre o público e o privado, cujo mote separatista são medidas tomadas pelos reis, com vistas ao interesse de ordem geral. Diante dos novos desafios, o Estado começa a implementar o funcionamento do poder político para melhorar, administrar e controlar, enfim exercer o domínio sobre a sociedade civil. (CUNHA, 2013).

O Estado moderno, no decorrer do tempo, foi desenvolvendo características que manifestavam a sua identidade, quais sejam: centralização do poder político; unidade territorial; unidade nacional; burocracia e separação entre o público e o privado. A centralização do poder político adveio da aliança realizada pelo rei com a burguesia, permitindo ao rei a consolidação do seu poder sobre os demais senhores feudais. O significado da centralização do poder político é que o poder e a autoridade já não tinham mais fundamentos em sistemas locais de alianças políticas, mas emanavam de um ente que está acima de todos os demais. Ao fim do processo de centralização, o Estado passa a ser o último fundamento da obediência política, ocasionando, desse modo, o nascimento da soberania do Estado.(SOUZA, 2010).

A unidade territorial criou limites precisos para as fronteiras políticas. Ressalte-se que o território estabelece o espaço onde é aplicada a soberania do Estado. Nessa mesma esteira de pensamento, a unidade nacional é construída com a centralização do poder e com a implantação de uma estrutura política soberana sobre um território. Assim, o Estado é desafiado a construir uma unidade nacional, que deve ser complementada com a unidade do povo. Alguns Estados administram politicamente o seu território reconhecendo a existência de mais de uma nação, como é o caso da Espanha. Sobre a execução das tarefas do Estado, elas não mais poderiam ser operacionalizadas por administradores autônomos em relação ao centro de legitimação do poder político. A centralização do poder político e a construção da unidade territorial e nacional exigiram um significativo aumento dos funcionários do Estado. Um outro aspecto importante no Estado moderno é a separação entre o público e o privado, havendo manutenção de uma área de autonomia da sociedade em relação ao Estado. (SOUZA, 2010).

2.2.1. O Estado Liberal

O Estado liberal surgiu como consequência da necessidade de rompimento com o Absolutismo, que preponderou até o séc. XVIII, sendo fortemente impulsionado pelas ideias lançadas pela Revolução francesa de liberdade, igualdade e fraternidade. Buscava-se uma limitação ao poder político do soberano, tanto internamente, ao separar as funções estatais, quanto do ponto de vista externo, ao reduzir as funções do Estado perante a sociedade. Nesse sentido, o Estado Liberal foi desenhado como forma de proteção das liberdades individuais

em face do próprio Estado, que adotou uma função preponderantemente negativa, com o intuito de proteger os indivíduos e a propriedade privada.

O Estado liberal manteve com a sociedade civil uma relação de protetor negativo, pois se vinculou a uma Constituição que consagrava a estrutura política do Estado e os direitos fundamentais de primeira geração, atrelados à proteção dos indivíduos e da propriedade frente ao Estado; burocratizou a administração pública; manteve relação de clientelismo com a sociedade civil, por meio de condutas positivas e provedoras; manteve com a sociedade civil relação de colaboradores mútuos na formulação e execução de políticas públicas.(SOARES, 2013).

Além disso, o Estado Liberal foi construído a partir da correlação de forças entre a burguesia e a nobreza. A característica estritamente liberal do Estado é o aprofundamento da distinção entre as esferas pública e privada da vida social. Tal distinção se apoiava em alguns pressupostos, sendo que o principal está na existência de leis sociais com exatidão e eficácia semelhante às leis naturais que causariam o desenvolvimento da sociedade, assim como as leis físicas determinam a trajetória dos astros ou o movimento das marés.

Os economistas diziam que a economia funcionaria de acordo com as leis específicas da oferta e da procura e os comportamentos dos agentes econômicos seriam coordenados pela "mão invisível" do mercado, instituição que organiza o capitalismo. Nas relações com o Estado, essa concepção significou a separação da economia e da política, restando para a política apenas criar as condições para o funcionamento das leis sociais que determinariam o desdobramento da economia. (SOUZA, 2010).

Nessa continuidade, a burguesia, ao tomar o poder político, deu vazão a duas importantes mudanças, eis que do ponto de vista econômico substituiu o mercantilismo pela economia de mercado, baseando-se na livre concorrência e fundamentando-se por meio de princípios do liberalismo de Adam Smith e David Ricardo. No que tange à esfera política, desconstituiu a teoria do divino e promoveu o Estado de direito, com fulcro na literatura de Locke e Rousseau. Em que pese o Estado liberal e democrático basear-se na teoria do Estado mínimo, ele não se evade das obrigações de intervenção nas atividades econômicas. Dessa forma, o Estado liberal não é, tão somente, um protetor da propriedade privada, pois capta recursos e investe no desenvolvimento econômico com o fito de garantir a manutenção desse sistema social.(CUNHA, 2013).

Ainda, a Revolução Francesa possibilitou a abertura de dois monopólios que pertenciam aos reis, quais sejam: os monopólios da tributação e da violência física. Assim,

perecendo a monarquia, os monopólios da força física e da tributação foram transferidos ao controle institucionalmente garantido de amplas classes sociais. Com o surgimento do terceiro Estado³, a burguesia operou a transformação dos monopólios públicos, no sentido institucional. Essa transformação, dos monopólios pessoais em monopólios públicos, foi operada em termos institucionais formais. Não obstante tenha perecido o monopólio da monarquia, transferido o Estado, quem efetivamente detém o monopólio é a burguesia, que assumiu o controle do Estado. As imperfeições do liberalismo, evidentes na passagem do século XIX para ao século XX, atreladas à incapacidade de autorregulação dos mercados, conduziram à atribuição de novas funções para o Estado. Portanto, a idealização de liberdade, igualdade e fraternidade se contrapôs à realidade do poder econômico. (GRAU, 2017).

O modelo clássico de mercado passava ao largo pela ideia de poder econômico. Na prática, os defensores do poder econômico, porque plenamente conscientes de sua capacidade de dominação, atuando em braçadas largas sob o manto de um princípio sem princípios (princípio do livre mercado), passaram e assim permanecem controlando os mercados. Tomando por pretexto a defesa da concorrência, foram suprimidas as corporações de ofício, ensejando em substituição do domínio pela tradição, a hegemonia do capital. A liberdade econômica, que abria espaço às manifestações do poder econômico, levou ao desfazimento da concorrência. A igualdade deu conta de sua inconsistência, visto que a lei é abstração, ao passo de que as relações sociais são reais. A fraternidade não poderia ser atingida numa sociedade na qual compareciam o egoísmo e a competição como os impulsionadores da atividade econômica. (GRAU, 2017).

Nesse seguimento, o Estado, cuja participação na esfera econômica já se revelava na instituição do monopólio estatal da emissão da moeda, na consagração do poder de polícia⁴, nas codificações e no alargamento dos serviços públicos, assume o papel de agente regulador da economia. Assim, não existiria o capitalismo sem que o Estado cumprisse com a sua parte, desenvolvendo intensa atividade econômica no campo dos serviços públicos. O Estado desempenha a função de integração capitalista como prestador do serviço de transporte público de carga.

³ O primeiro estado era representado pelo clero; o segundo estado era representado pela nobreza; o terceiro estado era formado por burgueses, trabalhadores, artesãos e camponeses.

⁴ Considera-se poder de polícia atividade da administração pública que, limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou abstenção de fato, em razão de interesse público concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranqüilidade pública ou ao respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletivos (Art. 78 do Código Tributário Nacional). (BRASIL, 1966).

O papel desempenhado pelo Estado na esfera da saúde na primeira metade do século XX foi a instalação de oficinas de controle de qualidade da mercadoria de trabalho. A extensão das funções estatais como exigência de um processo de acumulação de capital foi redobrada quando a realização do desenvolvimento foi dirigida à condição de ideal social. A força de trabalho mercadoria era o único bem que constituía propriedade de grandes parcelas da população, sendo necessária a formação de poupanças para a reprodução do capital. Em decorrência desse quadro, o Estado era convocado para suprir as insuficiências do sistema. (GRAU, 2017).

Para Grau (2017, pág. 26)

O capitalismo, inicialmente "ordenado" no interesse de cada Estado, vai à busca de uma "ordenação internacional" - a ordem econômica internacional - que enseja aos Estados desenvolvidos recolher nos subdesenvolvidos as parcelas de mais-valia⁵ que já não coletáveis internamente de modo intenso. Manifesta-se então um certo *capitalismo assistencial*, que sobrevive graças à crescente transferência dos custos das empresas ao conjunto da coletividade massiva em títulos públicos de crédito. Os custos empresariais, assim, são bancados pelo Estado e, nos mais desenvolvidos, o imperialismo os exporta aos de capitalismo mais frágil. Esse movimento cede nos últimos anos do século XX, em decorrência da crise fiscal dos Estados, mas tudo indica que, em movimento pendular tende a recrudesce.

Observa-se que, nos últimos anos do século XX, tal movimento cedeu em decorrência da crise fiscal dos Estados. Embora o capitalismo reclame a estatização da economia, o faz tendo em vista a sua própria integração e modernização. Tal estatização nunca significou qualquer passo no sentido de socialização, eis que o Estado, no exercício de função de acumulação, sempre se voltou à promoção da renovação do capitalismo. (GRAU, 2017).

Sobre o mercado, o mesmo deve ser compreendido como uma instituição social, uma criação histórica da humanidade, uma instituição política destinada a regular e manter determinadas estruturas de poder que garantem a prevalência dos interesses de certos grupos sobre os interesses de outros grupos sociais. Desse modo, tanto o Estado como o mercado são espaços ocupados pelo poder social. O mercado não é uma instituição natural ou espontânea, sendo criado com fundamento em normas jurídicas que o regulam, o limitam e o conformam. Nesse contexto, o mercado é uma ordem no sentido de regularidade e previsibilidade de comportamentos, cujo funcionamento pressupõe a obediência dos agentes atuantes. (GRAU, 2017).

No entendimento de Polanyi (2012, pág. 45):

⁵ Mais valia é uma expressão criada por Karl Marx que significa uma parte do valor da força de trabalho gasta por um trabalhador na produção e que não recebe a devida remuneração pelo empregador.

Uma economia de mercado significa um sistema autorregulável de mercados, em termos ligeiramente mais técnicos, é uma economia dirigida pelos preços do mercado e nada além dos preços do mercado. Um tal sistema capaz de organizar a totalidade da vida econômica sem qualquer ajuda ou interferência externa, certamente merecia ser chamado de autorregulável. Essas condições preliminares devem ser suficientes para revelar a natureza inteiramente sem precedentes de tal acontecimento na história da raça humana.

Nessa esteira de pensamento, verifica-se que o sistema de mercado autorregulável foi uma tentativa utópica do liberalismo, eis que a sua concretização não seria possível sem a destruição da organização social existente. Ainda, há que se ressaltar que mercado autorregulável implica dizer que o equilíbrio da economia seria alcançado, exclusivamente, por intermédio do mecanismo de preços.

2.2.2. O Estado Social Democrata

Segundo Medeiros (2016), a social democracia constitui um modelo de organização política e econômica que, em parte, manifesta concordância com as denominadas ideologias de esquerda, ao concordar com as falhas e deficiências do modo de produção capitalista. Porém, não crê que o capitalismo possa ser eliminado, entendendo que há necessidade de compensar as suas deficiências diante da possibilidade de se construir um capitalismo humanizado pela ação consciente das forças políticas, especialmente na realização de eleições e reformas políticas. A social democracia adotou a ideia da possibilidade de regulação da economia capitalista, pois entende que o mercado pode ser direcionado, induzindo e alocando recursos da forma almejada pela sociedade. Assim, o Estado deve intervir na economia para que haja justiça social, sendo guiado pelo critério da eficiência.

Para Merrien (2009, pág. 198) o *"Estado social significa a monopolização das funções de solidariedade social pelo Estado. O Estado social concretiza-se sempre gradualmente, uma vez que nenhum Estado monopoliza na íntegra essas funções"*. Em algumas situações, administra diretamente os serviços sociais, mas não raro estes são delegados a organizações públicas ou privadas, a associações ou a sindicatos. O Estado social estruturou-se ao final do século XIX, assumindo a forma moderna após a segunda grande guerra. Os Estados sociais estabelecem diferenças entre si da seguinte forma: quanto ao modo de assumirem os riscos sociais, ao tipo e quantidade de instituições e; aos serviços que disponibilizam à população. Também podem ser destacadas categorias, tipos ideais, modelos ou regimes de Estado social.

É legítimo estabelecer classificação para os Estados sociais em fortes, médios ou fracos, tendo por base o seu grau de desmercantilização, ou seja, da possibilidade legal que eles disponibilizam aos indivíduos de se distanciarem em maior ou menor grau do mercado, enquanto levam em conta suas necessidades. Firmando-se uma tipologia lastreada em características institucionais, podem ser identificados três grupos ou famílias de Estado providência. O primeiro corresponde ao regime clássico de serviço público. Nesse modelo, as instituições públicas desempenham o papel principal e por vezes monopolista, o financiamento é preponderantemente fiscal, sendo que os benefícios são iguais e favorecem a todos.(MERRIEN, 2009).

O princípio fundamental do Estado Social não é a seguridade social, mas sim a oferta de prestações alocadas, ou seja, somas fixas de um montante considerável pago automática e universalmente. Essa oferta é complementada pela disponibilidade de serviços públicos oferecidos gratuitamente a todos os cidadãos e fundados nas necessidades. Em decorrência do princípio da igualdade e da universalidade, todo cidadão tem a garantia de poder se beneficiar de uma renda ou prestação de serviço. No contexto desse regime, a parcela assumida pelo setor público é bastante significativa e o setor privado e associativo é fragilizado, mesmo os sindicatos ocupando um lugar de destaque nas políticas de emprego. (MERRIEN, 2009).

Ademais, o segundo tipo de Estado Social corresponde ao Estado de seguridade social generalizado. A ideia de seguridade social específica, em primeiro plano, a utilização das técnicas da previdência e, pontualmente, o compartilhamento dos recursos e a consideração dos níveis de riscos. Assim, a previdência social distingue-se da previdência privada por uma série de especificações: é obrigatória para toda a população ou para grande parte dos segmentos; é financiada por cotizações baseadas nos vencimentos e por uma contribuição do empregador; os riscos segurados respeitam especialmente aqueles calcados à vida profissional e a possibilidade de laborar e receber remuneração pelo trabalho realizado. O princípio angular dessa previdência é guardar um salário de substituição que signifique parte expressiva do salário real; a mutualidade é ampla, permitindo a redução dos custos que cabem a cada um dos agentes envolvidos. (MERRIEN, 2009).

Além disso, o Estado é o detentor do monopólio sobre a regulamentação da previdência, exercendo também o controle sobre as instituições autônomas que administram grande parte do Estado Social. O Estado Social fundado na seguridade é o mais difundido no mundo, sendo dominante na Europa e majoritário na América Latina. A seguridade social estabelece o direito que recebam benefícios que não resultam da caridade pública, mas que

constituam a contraparte de cotizações. Assim, os ativos pagam pelos aposentados e pelos desempregados; os saudáveis, válidos e jovens pagam, respectivamente, pelos doentes, inválidos e idosos, em um sistema universal de distribuição. (MERRIEN, 2009).

Os Estados sociais denominados de bismarckianos (modelo restrito ao mundo e às relações laborais) compreendem um amplo setor de previdência social, gerido pelos parceiros sociais sob o controle do Estado, e um setor público que é garantidor das tarefas de ajuda social. O setor público é complementado pela ação de uma infinidade de associações privadas ou parafiscais, normalmente subsidiadas e que exercem relevante papel no campo das políticas sociais. (MERRIEN, 2009).

Ainda, o terceiro modelo de Estado social é, por vezes, denominado de mercado ou residual. Há o entendimento de que o mercado é o mecanismo mais eficaz para proporcionar a cada indivíduo uma reserva de recursos em detrimento dos seus próprios méritos. O Estado deve intervir, tão somente, em última instância e com o objetivo de assistir aos mais pobres, caso seja comprovada a sua indigência. Com o intuito de estabelecer com maior rigor modelos institucionais de Estado providência, a análise pode ter por base quatro indicadores: o tipo de instituição, o modo de financiamento, as formas de prestação e as populações-alvo.

Essas combinações entre os citados critérios possibilitam a diferenciação das três categorias típicas de Estado social. A crença nas virtudes do Estado protetor como coluna vertebral do laço social veio após a crença nas virtudes do mercado auto-regulador. As noções clássicas de direitos sociais, de redistribuição institucionalizada e de universalidade dos direitos estão sendo substituídas, gradativamente, por aquelas de responsabilidade individual, de proteção social direcionada e de privatização dos serviços sociais (MERRIEN, 2009).

As elites políticas de todos os países, a partir da década de 1980, passaram a ser interpeladas, em distintos graus, pela simplicidade e pelo caráter aparentemente incontestável das idéias neoliberais. A denominada remercantilização da sociedade implica em uma mudança total de perspectivas, num outro paradigma: a substituição de um sistema de direitos objetivos por uma série de disposições que buscam tornar o cidadão responsável pelo seu futuro. Esse contexto aplica-se a todos os campos tradicionais da proteção social: saúde, aposentadoria, desemprego. No que diz respeito à saúde, o direito ao tratamento é condicionado pelo comportamento individual; no tangente à aposentadoria, cada indivíduo fica livre para procurar um fundo de pensão privado.

No entendimento de Merrien (2009), desde o fim do séc. XX, há a percepção de que o Estado providência tradicional, aquele caracterizado pelo alto grau coeficiente de intervenção,

regulamentação e redistribuição de políticas públicas, está chegando ao fim. A seguridade social não é mais considerada um objetivo legítimo, mas sim obstáculo ao desenvolvimento da economia de mercado, eis que o modelo proposto é o de um sistema puramente liberal, que não forma mais do que uma rede de proteção mínima, recaindo os riscos ou ganhos eventuais sobre o cidadão. O grau e temporalidade das reformas, na prática, dependem das preferências das elites no poder, da relação de forças entre as elites sociais e as elites financeiras e da situação social.

Para Santos (2009), no modelo social democrata, o Estado deve estar aparelhado para impedir manifestações de desigualdade. O modelo societal, ou modelo de relações estado/sociedade, típico da social democracia, é o neocorporativismo. No neocorporativismo, a moderação ao exercício do poder político se desdobra com a lógica do contato face a face. A ideia prevalente é a de inclusão e criação de espaços de deliberação, em que os interesses em conflito estejam representados. Para tanto, é princípio básico que as minorias façam parte da tomada de decisões e que estas representem a realização parcial dos projetos pontuais dos distintos atores sociais em cena.

2.3. Questão Social Contemporânea e Políticas Públicas

Segundo Bucci (2006), entende-se por política pública o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, tendo em vista a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. A política pública deve visar à realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados.

Pelo fato da presente dissertação abordar a política pública de saúde suplementar e diante da necessidade de uma compreensão mais balizada acerca das políticas públicas sociais, no entendimento de Hofling (2001), é fundamental a compreensão da concepção de Estado e de política social. Para a análise e avaliação das políticas públicas implementadas por um governo, são importantes os fatores de diferentes natureza e determinação. Há que se ressaltar que no mundo contemporâneo há uma grande diversidade de formas de Estado, de políticas e contextos específicos geradores de realidades distintas. Porém, o que será tratado

nesta dissertação são os fundamentos históricos e conceituais mais íntimos da realidade brasileira.

Segundo Bresser-Pereira (2010), nas relações entre sociedade e Estado, a nação e a sociedade civil jogam um papel-chave, bem como realizam coalizões de classe e pactos políticos. Desse modo, a relação entre ambas é dialética, mas o Estado exerce mais influência na sociedade. Porém, quando a democratização toma lugar, tal relação muda, gradualmente, a favor da sociedade. Nas sociedades antigas o Estado realizava um papel de dominação de uma oligarquia. No século XIX, diante da sociedade liberal, o Estado se portava como um instrumento de dominação da classe burguesa. Mais adiante, nas sociedades democráticas, esse mesmo Estado se mostra como instrumento, por Excelência, de ação coletiva da nação e da sociedade civil.

Ademais, Hofling (2001) considera o Estado como um conjunto de instituições permanentes que possibilita a ação do governo, que se apresenta como o conjunto de programas e projetos que parte da sociedade, se apresenta para essa mesma sociedade como um todo, caracterizando-se como orientação política de um governo específico que passa a desempenhar as funções de Estado por certo período. As Políticas Públicas se apresentam como implantação, pelo Estado, de um projeto de governo, por meio de programas e ações voltadas para setores pontuais da sociedade.

Bresser-Pereira (2010) sustenta que há uma relativa autonomia da política, de um lado, em relação às estruturas econômicas e sociais, e, de outro, em relação aos grupos de interesse que buscam influenciar as decisões de ordem política. Quando se atribui o papel de agentes da construção do Estado à sociedade civil, à nação e à política, resta cristalina que tal relação não é linear.

Se todas as relações políticas possuem caráter dialético, especificamente no caso da sociedade e do Estado, essa relação dialética é clara, ou seja: o Estado é formado e constantemente reformado pela sociedade com o intuito de que essa mesma sociedade seja regulada por ele. Portanto, é por intermédio desse processo dialético que se desenrola o processo de construção política da própria sociedade e do Estado. No entendimento de Hofling (2001), as teorias neoliberais propõem que o Estado divida suas responsabilidades com o setor privado, pois este seria um percurso para estimular a competição entre os serviços oferecidos no âmbito do mercado. A transferência, por parte do Estado da responsabilidade de execução das políticas sociais, é compreendida como uma forma de aumentar a eficiência administrativa e de redução de custos. Desse modo, o processo de definição de políticas

públicas para certa sociedade revela os conflitos de interesses e acordos celebrados nas esferas de poder que perpassam as instituições do Estado e da sociedade.

Para Souza (2006) debates sobre políticas públicas significam responder à importante questão sobre o espaço que cabe aos governos na formulação e implementação das políticas públicas. Há o reconhecimento de que outros segmentos distintos dos governos também se envolvem em várias etapas da formulação de políticas públicas, em especial os grupos de interesse e os movimentos sociais, cada qual com maior ou menor influência conforme o tipo de política formulada e das coalizões que formam o governo.

Desse modo, a macroeconomia dos processos de ajuste e reestruturação econômica compõe a essência das políticas de reforma econômica em todos os países centrais e periféricos, expressivamente influenciados pela hegemonia ideológica neoliberal que marcou profundamente a década de 1980 e se projetou para a década de 1990, com objetivos de desregulação e liberalização dos mercados nacionais e internacionais, especialmente os mercados financeiros, de bens e fatores de produção.

Todas as dimensões acima citadas contribuíram para exacerbar a perspectiva individual na resolução dos problemas da sociedade em contraposição ao coletivo, exigindo mudanças institucionais profundas, além de trazer significativas consequências para o desenvolvimento econômico político e social do globo terrestre. No tangente à política social, local onde a política de saúde está inserida, tal dinâmica foi marcada pela discussão em torno do esgotamento do Estado do Bem-Estar keynesiano, pois a crise econômica colocou em cheque os mecanismos utilizados para fins de controle e direcionamento dos desenvolvimentos econômico e social, em que o papel dos Estados nacionais foi historicamente prevalente nos dois hemisférios.

Além disso, o debate da crise do Estado do Bem-Estar social provocou o questionamento acerca dos resultados no que diz respeito aos benefícios dos investimentos realizados nos sistemas de saúde. A valorização da universalidade, até então, influenciou os princípios que nortearam a construção dos sistemas de serviços de saúde no século XX, inseridos na percepção do direito da saúde como direito de cidadania, especialmente depois da segunda guerra mundial, sob o escudo das políticas econômicas e sociais de fundo keynesiano.

O fio condutor dessa estruturação era o de o cidadão que necessitasse de atenção à saúde deveria ter direito assegurado de acesso aos serviços, independentemente da sua condição social e econômica. Somente robusta a intervenção do Estado, como provedor e

financiador dos serviços, por intermédio da arrecadação fiscal ou de contribuições sociais, poderia promover a equidade segundo as necessidades. O diagnóstico crítico referido às políticas sociais se repetiu na área da saúde, levando à formulação de um diagnóstico neoliberal dos problemas setoriais cuja solução seria atingida mediante certas reformas dos sistemas de saúde.

Nos últimos tempos, especialmente nas três últimas décadas, as relações transnacionais conheceram uma dramática intensificação, desde a globalização dos sistemas de produção e das transferências financeiras, ao espraiamento em escala global, de informação e imagens por intermédio dos meios de comunicação social ou aos deslocamentos em massa de pessoas. A globalização é um vasto e intenso campo de conflitos entre grupos sociais, Estados e interesses hegemônicos de um lado e de grupos sociais, Estados e interesses subalternos de outro.

O denominado campo hegemônico atua com o intuito de estabelecer um consenso entre os seus mais influentes componentes e tal consenso confere à globalização as suas características dominantes. Esse consenso tornou-se conhecido como “Consenso de Washington” ou ainda como “consenso neoliberal”, por ter ocorrido na cidade de Washington, nos Estados Unidos da América, na década de 1980, que ele foi subscrito pelos Estados centrais no sistema mundial, alcançando o futuro da economia mundial, as políticas de desenvolvimento e o papel do Estado na economia. (SANTOS, 2002).

Segundo Santos (2002,pág.29)

os traços principais desta nova economia mundial são os seguintes: economia dominada pelo sistema financeiro e pelo investimento à escala global; processos de produção flexíveis e multilocais; baixos custos de transporte; revolução nas tecnologias de informação e de comunicação; desregulação das economias nacionais; preeminência das agências financeiras multilaterais; emergência de três grandes capitalismos transnacionais: o americano, baseado nos EUA e nas relações privilegiadas deste país com o Canadá, o México e a América Latina; o japonês, baseado no Japão e nas relações privilegiadas com os quatro pequenos tigres e com o resto da Ásia; e o europeu, baseado na União Européia e nas relações privilegiadas desta com a Europa de Leste e com o Norte de África.

As implicações destas transformações para as políticas económicas nacionais se resumem nas seguintes exigências: as economias nacionais devem abrir-se para o mercado mundial e os preços domésticos devem adequar-se aos preços internacionais; a prioridade é a economia de exportação; as políticas monetárias e fiscais devem ser orientadas para a redução da inflação e da dívida pública e para a vigilância sobre a balança de pagamentos; os direitos de propriedade privada devem ser cristalinos e invioláveis; o setor empresarial do Estado

deverá ser privatizado; a tomada de decisão particular, suportada pela estabilidade de preços, deve ser a norteadora dos padrões nacionais de especialização; a mobilidade dos recursos, dos investimentos e dos lucros; a regulação estatal da economia deve ser mínima; deve ser reduzido o peso das políticas sociais no orçamento estatal. (SANTOS, 2002).

Uma das mais significativas mudanças produzidas pela globalização econômica neoliberal é a brutal concentração de poder econômico por parte das empresas multinacionais. A globalização econômica é sustentada pelo Consenso de Washington, cujas mais significativas inovações institucionais são as seguintes: restrições drásticas à regulação estatal da economia; novos direitos de propriedade internacional para investidores estrangeiros, inventores e criadores de inovações suscetíveis de serem objeto de propriedade intelectual; subordinação dos Estados nacionais às agências multilaterais tais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional – FMI e a Organização Mundial do Comércio – OMC. (SANTOS, 2002).

O debate sobre a globalização e suas implicações sociais, conforme Ferrarini (2008) envolve uma gama de abordagens e posições intelectuais. Conforme observado, a globalização não é um fenômeno recente, mas possui características próprias da contemporaneidade. Normalmente o tema globalização se encontra associado à perda de fronteiras, eliminação de barreiras, integração e pode ser facilmente identificada com formas de organização plurais e democráticas, com padrões fluidos e relações horizontais capazes de aproximar, de integrar povos e de unir interesses. A globalização está longe de ser um fenômeno consensual e linear, é transpassada por intensas disputas num campo de conflitos entre grupos sociais.

No entendimento de Santos (2002), o que normalmente se entende por globalização é a nominada de hegemônica, eis que os traços característicos prevalentes da globalização são as da globalização dominante, ou seja: o discurso da globalização é a história dos vencedores contada por eles mesmos. Assim, a globalização econômica interage na base de meta-consenso neoliberal, em que desaparecem as separações políticas e as rivalidades imperialistas, pois os conflitos entre capital e trabalho estão desinstitucionalizados sem causar instabilidade, dando início à interdependência entre as grandes potências e à cooperação e integração regionais. A desigualdade e a pobreza seriam superadas à medida que avançasse a modernização global estimulada pelo mercado por intermédio de alguns mecanismos.

As implicações sociais da globalização são contundentes para os países emergentes especialmente porque a unificação da economia mundial sustenta-se em regras impostas pelos

países centrais, lançando os agentes sociais em um jogo econômico para o qual estariam desigualmente despreparados, possibilitando o favorecimento dos dominantes. (FERRARINI, 2008).

Ainda, importante ressaltar que a

"história da sociedade capitalista contemporânea é a própria história da globalização de um localismo europeu, ou seja de um modelo de desenvolvimento baseado no expansionismo produtivista e tecnológico, que trouxe inegáveis benefícios à humanidade, mas também acirrou desigualdades. Trata-se de um modelo que trouxe crescimento econômico para pequenas regiões do planeta, especialmente no norte, mas não viabilizou desenvolvimento (entendido como satisfação das necessidades humanas, tanto de ordem material e simbólica) pra a maioria. Ao contrário, os recursos naturais vem sendo consumidos de forma insustentável e a desigualdade desacreditada" (FERRARINI, 2008)

No século XXI, observa-se um contexto mundial de que os pobres são cada vez mais pobres e os ricos são cada vez mais ricos e anônimos independente de serem pessoas físicas, jurídicas ou países. O crescimento da pobreza e, conseqüentemente, da fome não se deve à falta de produção, mas de distribuição, bem como ao fato de que o esgotamento dos recursos naturais não foi previsto ou não se constituiu em objeto de preocupação. (FERRARINI, 2008).

O processo de globalização financeira é impulsionado por três fatores interligados: o acúmulo de um volume crescente de riqueza monetária e financeira, na forma de ativos com diferentes graus de liquidez e denominados em diferentes moedas; a mobilidade crescente desses ativos, possibilitada pelo desenvolvimento extraordinário da informática e das telecomunicações, de modo que o seu movimento escapa dos controles dos bancos centrais; e o regime de taxas de câmbio flutuantes, que criam oportunidades extraordinárias de ganhos especulativos. O fato e o processo mais importante para a globalização financeira foi a criação do euromercado, que obteve o apoio da Inglaterra e dos EUA.

O euromercado é o embrião da globalização financeira, eis que representou a formação de mercado mundial de moeda sem pátria. O euromercado foi um mercado interbancário que mudou o caráter da atividade bancária, ao unir mercados financeiros privados e livres dos Bancos Centrais, representando, desse modo, o cenário financeiro mais liberal já visto no curso da história. A Inglaterra precisava de capitais e entendeu que a conversibilidade da libra e o euromercado lhe possibilitariam acesso livre aos capitais de que necessitava para financiar seus desequilíbrios no balanço de pagamentos. A mesma esteira argumentativa foi utilizada pelos EUA, com a finalidade de financiar os seus déficits externos

na década de 1960, o qual foi um período de transição, eis que o pleno funcionamento desse mercado só ocorreu nas décadas posteriores.(CORAZZA, 2005).[

Segundo Corazza (2005), a acumulação de um estoque de riqueza monetária e financeira sem precedentes na história do capitalismo foi uma das condições indispensáveis para a globalização financeira, especialmente diante da criação do euromercado. Tal estoque de riqueza monetária e financeira foi constituído, especialmente, pela emissão de dólares necessários para financiar a reconstrução europeia e japonesa e, logo depois, para cobrir o déficit comercial norte americano. Importante ressaltar que a riqueza financeira é representada, especialmente, pelos títulos da dívida pública dos EUA, incluindo também moedas e títulos de outros países centrais. Em 1973, a adoção de taxas flexíveis foi um importante fato propulsor da globalização financeira, pois deixou a fixação do valor relativo das moedas entregue aos movimentos especulativos do capital. As taxas de câmbio tornaram-se flutuantes, não por decisões políticas, mas porque os governos não eram mais capazes de controlar os movimentos do capital privado.

Desse modo, a globalização significa o processo em que os Estados nacionais, a sua política, sua soberania e identidade são transpassados por ações, atores e instituições transnacionais. O que se observa é a formação de uma sociedade universal, composta por um conjunto de relações sociais não integradas e não determinadas pelas políticas dos Estados nacionais, o que implica na afirmação política da diversidade e da diferença e não do domínio padronizado de um mercado mundial sem política. Nesse sentido, o desafio das sociedades e governos é a reinvenção das formas políticas de regulação financeira. (CORAZZA, 2005).

Portanto, observa-se que a questão social contemporânea, ao sofrer alterações, produz impactos concretos nas políticas públicas. Ao visar à realização de objetivos definidos e expressar a seleção de prioridades, tais alterações irão influenciar no tempo em que se espera o atingimento dos resultados, ou mesmo inviabilizar o desdobramento ou implementação de determinada política pública.

3. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A enorme extensão territorial do Brasil e a sua realidade permeada de profundas desigualdades sociais são situações desafiadoras para os desdobramentos da política de saúde no país. O percurso histórico e os ideais da Reforma Sanitarista, a criação e a implantação do Sistema Único de Saúde e a postura regulatória do Estado diante do mercado de saúde suplementar são aspectos fundamentais para que o acesso à saúde seja efetivamente viável, universal e complementar.

3.1. A Reforma Sanitarista e a criação do Sistema Único de Saúde

A reforma sanitária brasileira teve sua origem na luta contra o regime militar, como forma de oposição técnica e política, impulsionada pelo tema Saúde e Democracia, sendo estruturada no ambiente acadêmico, nos movimentos sindicais e em experiências regionais de organização de serviços. Ressalte-se que, inicialmente, assim não foi denominada.

Nesse seguimento, ao contrário do que inicialmente se possa imaginar, o termo "Reforma Sanitária" foi cunhado na Itália, em razão da reforma sanitária italiana, cujo mote fundamental foi o processo de descentralização, que contribuiu fortemente para a qualidade da assistência à saúde no país mediterrâneo. Historicamente, a reforma sanitária italiana foi concebida no decorrer da luta política do Partido Comunista Italiano juntamente com outros partidos, sindicatos e movimentos populares. (BERLINGER, TEIXEIRA; CAMPOS, 1988).

Para melhor compreender o significado e alcance da reforma sanitária, é imperativo observar o panorama histórico do denominado sistema de proteção social brasileiro. O governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-45) e os dos governos militares (1964-84) expandiram o sistema de proteção social brasileiro, sendo que o processo de tomada de decisão e a gestão eram realizados sem participação da sociedade e estavam centralizados em grandes burocracias.(PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA e MACINKO, 2011).

Esse sistema de proteção social era fragmentado e desigual, sendo formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços era operada por intermédio dos institutos de aposentadoria e pensões divididos por categorias ocupacionais, cada qual com diferentes serviços e níveis de cobertura.

Ademais, os governos militares implementaram reformas governamentais que deram vazão à expansão de um sistema de saúde majoritariamente privado, particularmente nos grandes centros urbanos. Adiante, houve uma ampliação de cobertura, que possibilitou a inclusão da extensão da previdência social aos trabalhadores rurais.

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), todos eles, foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que acabou por uniformizar os benefícios para os trabalhadores segurados. Esse modo de organização centralizada eliminou a gestão tripartite realizada pela União Federal, pelos empregadores e empregados. A cobertura previdenciária foi ampliada para acidentes de trabalho, trabalhadores rurais, empregados domésticos e profissionais autônomos. (SCOREL, 2008).

A assistência médica previdenciária, até 1964, era prestada especialmente pela rede de serviços próprios dos IAPs, que eram formadas por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. Com a criação do INPS, alegou-se a incapacidade de a rede própria de serviços fornecer assistência médica para os beneficiários, priorizando assim a contratação de serviços terceirizados. A tendência de abandono das ações executivas em prol do setor privado foi estabelecida para todos os ministérios, com previsão nas Constituições de 1967, 1969 e no Decreto-Lei 200/1967⁶. (SCOREL, 2008).

Nesse contexto, a previdência social fomentou a realização de convênios com a denominada medicina de grupo⁷, possibilitando que as empresas assumissem a assistência médica dos seus empregados e, como contrapartida, deixavam de contribuir para o INPS. Esses serviços eram prestados por entidades vinculadas à medicina de grupo, que percebiam um valor fixo por mês por cada trabalhador. Nessa sistemática adotada, quanto menos atendessem mais lucrariam.

Com os baixos orçamentos da época do Ministério da Saúde, a saúde pública era um órgão ineficiente e conservador, com atuação restrita a campanhas de baixa eficiência. No ano de 1968, o Ministério da Saúde apresentou o Plano nacional de Saúde, cujo intuito era alienar todos os hospitais governamentais para o setor privado, restando ao Estado o papel de financiador dos serviços privados que também seriam custeados pelos pacientes, mas de forma parcial.

⁶ Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967, que "Dispõe sobre a organização da Administração federal, estabelece diretrizes para a reforma Administrativa e dá outras providências". (BRASIL, 1967).

⁷ Medicina de Grupo são empresas ou entidades com finalidade lucrativa que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa médica, autogestão e filantropia.

Além disso, no início da década de 1960, os Estados Unidos da América difundiram um modelo preventivo de atenção à saúde, mas sem modificar a formal liberal de organização da atenção à saúde. Nessa mesma época no Brasil, os departamentos de Medicina Preventiva desenvolveram alternativas que congregaram elementos tanto da medicina preventiva quanto da medicina comunitária. Tais experiências foram impulsionadas por organismos internacionais, especialmente a Fundação Kellogg e a Fundação Ford.(SCOREL, 2008).

Diante desse cenário embrionário, houve questionamento de alguns Departamentos de Medicina Preventiva sobre o ideário preventivista, considerando-o aquém para analisar e transformar a realidade sanitária do país. Como forma alternativa, foi construída a denominada “teoria social da saúde” a partir da abordagem histórico-estrutural, materialista, marxista, que tecia fortes críticas tanto a medicina preventivista liberal, quanto a medicina racionalizadora técnica, o que implicaria em uma proposta mais avançada de medicina social. (SCOREL, 2008).

No decorrer da década de 1970, o alicerce teórico da saúde coletiva no país estava sendo desenvolvido com as defesas das teses “Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho”, da autoria de Cecília Donnangelo⁸ e o “Dilema Preventista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”, de Sérgio Arouca⁹. A denominada teoria social da medicina tomou como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder do médico e a medicalização. No que diz respeito aos conceitos estratégicos, a abordagem médico-social tomaria por base a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, objetivando uma transformação social. (SCOREL, 2008).

Na constante busca de estreitamento no relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, a academia ocupou o campo das políticas públicas como arena de atuação. Assim, iniciava-se o movimento sanitário, cuja organização superou o objetivo específico, envolvendo-se na luta pela democratização do país e pelo fortalecimento da sociedade civil. (SCOREL, 2008).

Nesse seguimento, entre os anos de 1974 e 1979, experiências institucionais buscaram colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária, tais como: descentralização, participação e organização. Nesse contexto, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz se incorpora como espaço de atuação da abordagem marxista da saúde.

⁸ Maria Cecília de Freitas Donnangelo (1940-1983), professora e pesquisadora de grande relevância para a saúde coletiva.

⁹ Antônio Sérgio da Silva Arouca (1941-2003), médico sanitário e um dos principais teóricos e líderes do movimento sanitário.

Elaborado nos meses que antecederam a posse do Presidente Geisel, o II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND trazia a lume que o desenvolvimento social deveria ocorrer paralela e progressivamente ao desenvolvimento econômico. O II PND priorizou no campo social a educação, especialmente a pós-graduação e, na área da saúde a prioridade foi a assistência médica da previdência social.

Especificamente sobre a saúde, o II PND elegeu dois campos institucionais, quais sejam: a) o Ministério da saúde – MS, com caráter normativo e ação executiva voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo; b) o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, com atuação voltada, principalmente, para o atendimento médico-assistencial individualizado. Em 1975, o MS teve expressivo aumento de recursos e o MPAS com a unificação e centralização de recursos também saiu fortalecido. (SCOREL 2008).

Portanto, o II PND criou possibilidades de abertura de espaços institucionais para o desenvolvimento de projetos que absorveram intelectuais e técnicos de oposição ao regime militar, formando uma rede de sustentação de projetos e pessoas, com financiamento de pesquisas, contratação de pessoal, promoção de articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde, elaboração de propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. (SCOREL, 2008).

Diante do elevado orçamento do MPAS, observou-se a formação de uma aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal, que ofereceu os meios para uma expressiva privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários.

A concentração de grande parte de recursos de saúde no MPAS, aproximadamente 85%, responsável pela promoção da atenção médico hospitalar, foi o mote encontrado para nomear o modelo como hospitalocêntrico, ou seja, aquele que promove as ações curativas em detrimento das preventivas, tendo no hospital o principal equipamento de atendimento. (DOWBOR, 2009).

O ano de 1977 foi marcado pela criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, com a justificativa de racionalizar e tornar mais eficiente o sistema, caracterizado por ser centralizador e excludente dos segurados. Assim, foram constituídos três institutos: o INAMPS, para a assistência médica; o INPS, para os benefícios previdenciários; e o IAPAS, para ao controle financeiro.

Nesse período, o MS limitou a sua atuação a um papel secundário. Um expressivo grupo de novos técnicos combateu os interesses do setor privado presentes e atuantes na

previdência social, centrando esforços no resgate do papel condutor da política de saúde para o MS.

Esse grupo adotou uma proposta de atuação na qual o corpo doutrinário era o da medicina comunitária e de extensão de cobertura difundido pelos organismos internacionais, que tinha por linha condutora os programas fundamentados na regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e a festejada participação comunitária. (SCOREL, 2008).

Ainda, há que se ressaltar que o movimento sanitário foi um movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao citado setor que compartilhou o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, visa a transformação do setor de saúde no Brasil, com vistas à melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira. (SCOREL, 2008).

Ademais, na segunda metade da década de 1970, três importantes projetos nacionais ganharam expressão, dando concretude aos propósitos da reforma sanitária, quais sejam: o Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus); o Projeto Montes Claros (PMC); o Programa de interiorização das Ações de Saúde (Piass).

Nessa continuidade, o fortalecimento do setor público de saúde adveio pelo Piass, na medida em que as Secretarias Estaduais de Saúde se tornaram responsáveis por seu gerenciamento e implementação. Em 1979 adveio o financiamento do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), agência federal responsável pela assistência médico hospitalar e reduto de interesses privados. (DOWBOR, 2009).

Além disso, o Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus) foi criado para o planejamento da expansão física dos serviços de saúde da previdência social, experimentando uma metodologia de programação de serviços. O Projeto Montes Claros (PMC) possibilitou a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde e atendimento por auxiliares de saúde e participação popular. Sobre o Programa de interiorização das Ações de Saúde (Piass), o mesmo foi criado em 1975-1976 com a finalidade de implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até vinte mil habitantes na região nordeste. (SCOREL, 2008).

Desde o Mês de novembro de 1979, por ocasião da realização do I Simpósio Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados até o ano de 1982, o movimento sanitário foi construindo

e ampliando a sua organicidade, realizando contatos e alianças com outros movimentos pela democratização do Brasil.

Ademais, um fato significativo foi a VII Conferência Nacional de Saúde realizada no mês de março de 1980, cujo tema foi "Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos", que teve por objetivo debater o Prevsauúde (inicialmente nomeado como Pró-Saúde). O Prevsauúde objetivava, a partir dos serviços básicos de saúde, a integração e articulação entre o Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social tendo a participação, na sua concepção, de profissionais oriundos do movimento sanitário. (SCOREL, 2008).

A proposta apresentada favorecia o setor público e trazia forte conteúdo democratizante, pois visava a inclusão da participação comunitária. Por isso, enfrentou muitas resistências do setor privado e, após a apresentação de 12 versões sucessivas, foi engavetado. (SCOREL, 2008).

Ainda, em 1982, foi aprovado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, que envolvia 33 projetos e programas, destacando-se o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), iniciando-se o processo de universalização da assistência médica.

Diante desse árduo percurso, é significativo dizer que o regime militar promoveu, no âmbito do setor de saúde, uma considerável ampliação da cobertura médico-hospitalar, adotando em suas instituições modelos distintos de atenção, porém com pesos e recursos desiguais. (DOWBOR, 2009).

No ano de 1984, o programa foi redimensionado em uma estratégia federal de reordenamento da política nacional de saúde, com lastro nos seguintes princípios, a saber: responsabilidade do poder público; integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público, definição de propostas a partir do perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas; utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial; desenvolvimento dos recursos humanos e reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo processo. (SCOREL, 2008).

Tal redimensionamento implicou na entrada do movimento sanitário na direção geral do INAMPS. Com a nomeação de representantes do movimento sanitário para cargos de direção no MS, foi possível ratificar as AIS como estratégias de reorientação setorial, transformando-se, desse modo, em política do INAMPS. Na prática, as AIS consistiam no

repassse de verbas do INAMPS aos demais níveis federativos, o que possibilitou a criação dos serviços locais de saúde ou impulsionou aqueles já existentes, especialmente no nível de atenção básica. (DOWBOR, 2009).

Além disso, no ano de 1986, o Ministério da Saúde convocou a 8ª Conferência Nacional de Saúde e convidou as organizações da sociedade civil para participar da sua realização. O tema principal da referida conferência foi “Saúde, Dever do Estado e Direito do Cidadão”, tratando sobre a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a forma de financiamento do setor. A 8ª Conferência tornou-se um marco de democratização do setor de saúde, abrindo espaços para novas formas de concepção e organização do sistema de saúde. (COSTA, 2007).

Essa conferência foi o resultado da negociação entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, em decorrência do impasse entre os dois órgãos ministeriais sobre o aprofundamento da reforma sanitária, fundamentalmente da passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde. A realização da 8ª Conferência concretizaria uma linha teórica de movimento, qual seja: a saúde é determinada pela organização social.

Assim, a conferência explicitou a intenção de ampliar o debate setorial e de reunir um maior acúmulo de forças para viabilizar a reforma sanitária que já vinha sendo construída pelo movimento sanitário, com grande destaque para o líder e médico sanitarista Sérgio Arouca, na época presidente da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Pela sua dimensão e significado, a conferência se apresentou como uma verdadeira “constituinte da saúde”, inaugurando um novo período na história do Brasil”. Importante ressaltar que a 8ª conferência contou com a participação significativa dos usuários dos serviços de saúde, entretanto não houve presença do setor privado.

Ademais, um ponto de grande relevância aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o conceito de saúde como um direito do cidadão, delineando os fundamentos do Sistema Único de Saúde - SUS, com fulcro no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. As mudanças administrativas estabeleceram as bases fundacionais para a construção do SUS. (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA e MACINKO, 2011).

No ano de 1987, as AIS foram substituídas por uma nova proposta, no caso, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), instituído via Decreto Presidencial, que era um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Era uma política pública de amplitude

e abrangência nacional, cujas diretrizes reiteravam os princípios da mudança, quais sejam: a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde; a universalização e a equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; regionalização e integração de serviços e desenvolvimento de instituições colegiada (DOWBOR, 2009). O Suds perdurou até o ano de 1990, especificamente até a aprovação da Lei Orgânica de Saúde (LOS).

3.2. Direito à Saúde como direito universal no Brasil

Como ponto de partida histórico, a Constituição Federal de 1934 trouxe para o universo social, econômico e jurídico do país os denominados direitos sociais. Esse significativo acontecimento estabeleceu uma forma nova de comportamento, pois a citada Constituição de 1934 passou a exigir uma atuação positiva do Estado. Atualmente, os direitos sociais estão presentes no Art.6º da Constituição Federal e, dentre eles, destaca-se o direito à saúde.

Essa exigência de atuação positiva por parte do Estado fez com que ele se responsabilizasse pela implementação da prestação de saúde, por meio do desenvolvimento de políticas públicas, que acabaram sofrendo os fortes impactos da crise do Estado de Bem-Estar.

No âmbito do direito internacional e de forma pioneira, foi a Declaração Universal da ONU (1948) que trouxe a expressa previsão do direito à saúde. Em síntese, a Declaração explicitou um padrão de vida que pudesse assegurar a saúde e o bem-estar da pessoa humana como direitos fundamentais. Posteriormente, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966¹⁰, ratificado pelo Brasil, estabeleceu no art. 12 o direito de desfrutar do mais alto grau de saúde física e mental.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 foi o primeiro texto constitucional pátrio a consagrar o direito à saúde como direito fundamental¹¹. O texto de 1988 dispôs em seu Art. 196 que a saúde pública é direito de todos e dever do Estado. Ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, traz para si a responsabilidade da criação de toda uma ambiência jurídica e institucional para o amadurecimento e implantação de uma pretensa reforma sanitária.

¹⁰ Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992 - Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. (BRASIL, 1992).

¹¹ Direitos Fundamentais são os direitos individuais, sociais, políticos e jurídicos reconhecidos e previstos na esfera do direito constitucional.

Desse modo, no cenário de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a novel constituição transformava a saúde em direito de cidadania dando origem a um processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Além de direito fundamental, a saúde tornou-se dever para o Estado e, sem o reconhecimento de um dever jurídico por parte do Estado, o direito à saúde se fragilizaria, principalmente no que tange à sua efetivação. (SARLET, 2007).

Pouco mais adiante, no Art. 199 da Carta Magna brasileira, o texto dispõe que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Diante das disposições constitucionais e da delicada situação enfrentada tanto pelo Sistema Único de Saúde como pelas operadoras de plano de saúde, observa-se que a articulação entre os setores público e privado à saúde se apresenta como um tema sensível e estratégico para o sistema de saúde nacional (esse contexto será tratado no decorrer desta dissertação).

Ainda, o Art. 196 da Constituição Federal esclarece que, além do direito fundamental à saúde, existe o dever fundamental da prestação de saúde por parte das pessoas jurídicas de direito público interno (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), cabendo a todas elas como atribuição comum o dever de desenvolver políticas públicas que tenham por objetivo a redução de doenças, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (MENDES; BRANCO, 2015).

Além disso, é fundamental dizer que a Constituição trouxe um sistema universal de acesso aos serviços públicos de saúde, acentuando a solidariedade entre as pessoas jurídicas de direito público interno, estabelecendo a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, sendo que tal disposição foi reverberada no art. 7º, IV, da Lei nº 8.080/90¹².

Nesse seguimento, as políticas sociais e econômicas previstas no Art. 196, em regra, têm por intuito a redução do risco de doença e de outros agravos, demonstrando assim uma dimensão preventiva. Nesse sentido, destaca-se o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, nos termos do Art. 198, II da Carta Política. A dimensão individual do direito à saúde ganha significativo sentido como um direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas que conduz o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional.

Para Sarlet, Marinoni e Mitidiero (2013) o direito à saúde encontrou a sua grande concretização em nível normativo-constitucional, além de uma significativa e abrangente

¹² A Lei nº 8.080/90 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 1990).

regulamentação normativa na esfera infra-constitucional, com relevo para leis que tratam da organização, dos benefícios do SUS e do fornecimento de medicamentos.

Ainda, o texto constitucional acerca do setor de saúde abrangeu os postulados do movimento pela reforma Sanitária, ou seja: sistema unificado e hierarquizado, descentralizado, pautado na participação da comunidade e atendimento integral, garantindo a continuidade do setor privado como prestador complementar de serviços públicos e com a liberdade para a expansão do mercado privado de medicina.

Importante enfatizar que a Constituição Federal de 1988 promoveu o município à condição de ente federado dotado de autonomia e, no que tange as competências intergovernamentais, previu que a prestação de serviços de atendimento à saúde da população fosse de competência exclusiva municipal. Desse modo, o município se tornou o principal espaço de implementação do SUS, dependente de recursos federais em grande parte, mas autônomo no que diz respeito a sua aplicação. (DOWBOR, 2009).

Como pilar da criação do SUS, tema que será tratado adiante nesse mesmo capítulo, o Art. 198 da Constituição Federal estabelece as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da sociedade.

Há que se ressaltar que o texto constitucional não distinguiu os níveis de atenção (básico, médio e complexo) referindo-se, desse modo, genericamente aos serviços de saúde. Tal indistinção foi exposta na Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, que estabeleceu a capacitação dos municípios para a regulação de todos os prestadores de serviços, tanto públicos quanto privados. Posteriormente, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 reverteu esta tendência, ao estabelecer para a União e para os estados a gestão da média e alta complexidade. (ARRETCHÉ, 2011).

A descentralização do sistema de saúde inicialmente foi vinculada a um amplo processo de transição política e de reconfiguração da federação pátria, que teve o seu início nos movimentos democráticos da década de 1980. Esse ajuste federativo concedeu mais autonomia para os municípios, conforme já anteriormente exposto.

Arretche (2011, pág.197) afirma que a constituição de um Sistema Único de Saúde, por ocasião da promulgação da Constituição Federal de 1988, foi a mais importante decisão de reforma da área social da década de 1980. Nesse sentido:

A implementação desta reforma vem redesenhando o modelo de prestação de serviços de saúde, tal como este havia se configurado no final dos anos 60, e - o que

interessa aqui particularmente - vem redefinindo a distribuição das funções a serem desempenhadas por cada nível de governo. neste aspecto, a reforma em curso pretende, entre outros propósitos: i) transferir aos governos locais (Estados e Municípios) as funções de gestão dos atos e procedimentos médicos (ambulatoriais e hospitalares) do setor público e privado, restando ao governo federal as funções relativas ao financiamento; ii) transferir aos municípios a maior parte dos atendimentos básicos em saúde; e iii) transferir aos Estados e municípios as atividades de vigilância sanitária e epidemiológica.

Pires e Demo (2006) sustentam que a institucionalização do Sistema Único de Saúde - SUS pode ser vislumbrada sob a influência das tensões entre mercado e cidadania no contexto da redemocratização que o Brasil viveu, ambientado nos embates políticos que movimentaram o país na elaboração da Carta Magna de 1988, na crise econômica da década de 80 e do arrefecimento do Estado desenvolvimentista.

Para Paim (2004):

Com a conquista da democracia, a sociedade participou ativamente na formulação de proposições políticas para a saúde durante a 8ª Conferência nacional da Saúde, realizada em 1986, cujas recomendações foram incorporadas em grande parte pela Constituição de 1988. A implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como estratégia-ponte para a implantação do SUS, cujos dispositivos legais foram aprovados em 1990 (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90), dava sequência à reforma do sistema e dos serviços de saúde, inspirada nos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, descentralização e participação (Brasil 2003a). Nesse particular, buscava-se a ampliação do acesso e qualidade das ações e serviços, além da concepção e experimentação de modelos de atenção à saúde, que contemplassem aqueles princípios e diretrizes.

Nesse seguimento, a implementação do SUS teve início no ano de 1990, ano da posse de Fernando Collor de Mello, o primeiro Presidente da República eleito por voto popular desde o regime militar. O governo de Fernando Collor foi pautado pela orientação neoliberal, traço marcante da política internacional que propagava a redução da presença do Estado na condução das políticas sociais e a consequente transformação destas em políticas residuais compensatórias, impulsionadas pelo denominado Estado mínimo e regulador do mercado liberal. A orientação neoliberal adotada não acolheu integralmente a reforma sanitária, mas aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90¹³), que delineou as atribuições e a organização do SUS.

Dois anos após, em 1992, o projeto da reforma sanitária foi retomado após o *impeachment* de Collor. Mesmo a reforma sanitária tendo se tornado uma política secundária por toda década de 1990, foram apresentadas algumas iniciativas, com destaque para os

¹³ Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 1990).

seguintes programas: programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, controle do tabagismo, criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA; MACINKO, 2011).

A saúde foi o único setor que implementou uma radical descentralização com significativo financiamento e ações regulatórias do governo federal. Tal descentralização implicou na necessidade de uma legislação complementar, novas regras e uma reforma administrativa em todos os níveis de governo. Com o intuito de bem administrar a descentralização da política de saúde, os mecanismos de decisão foram ampliados no sistema, com a participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos. (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA; MACINKO, 2011).

Nessa continuidade, o SUS é um sistema de saúde porque é formado pelas várias instituições das três esferas de governo, tendo como complementação os serviços privados de saúde que são contratados. O serviço é estatal, porém, complementado pelo serviço particular privado; é denominado de único porque adota a mesma linha filosófica de atuação em todo o território nacional sendo organizado com a mesma sistemática. (COSTA, 2007).

Ademais, como princípio, a Universalidade está presente desde a percepção da saúde como direito de todos, conforme as necessidades, independentemente de contribuição previdenciária e de pagamento pelo atendimento. A equidade implica na atenção que o serviço deve ter diante das desigualdades existentes, com o objetivo de que as ações atendam a necessidades diferenciadas. A integralidade é outro princípio fundamental que visa o atendimento simultâneo do indivíduo e da comunidade, tendo por base a prevenção e o tratamento, com ações que observem o indivíduo como um todo, integrando as distintas instituições que cuidam de diferentes aspectos da saúde. (COSTA, 2007).

Outrossim, alguns outros elementos caracterizam o SUS, fazendo parte do seu arcabouço teórico-metodológico. A democratização da gestão da política de saúde através da participação social, também denominada de controle social, deve ser exercida pelos Conselhos e Conferências de Saúde nos três níveis de poder federativos: municipal, estadual e federal. A descentralização tem por escopo a organização dos serviços a partir das necessidades da população do município, ou seja, por meio da denominada municipalização da saúde. A descentralização necessita de recursos apropriados para a execução dos serviços, daí a importância da criação dos Fundos Municipais de Saúde, que reúnem recursos federais, estaduais e municipais. (COSTA, 2007).

Nesse seguimento, o Controle Social sobre o Sistema Único de Saúde tem por base alguns fatores: a capacidade de organização, proposição e argumentação das entidades e movimentos que representam o segmento dos usuários e a capacidade de diálogo existente entre os três segmentos no processo de construção das decisões. (COSTA, 2007).

Desse modo, o SUS deve ser entendido como um processo em marcha de produção social da saúde, que não se iniciou em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, não tendo um momento estabelecido para ser concluído. O SUS é o resultado de propostas defendidas no decorrer de longos anos pelo conjunto da sociedade e por bastante tempo estará sujeito a naturais e consequentes aprimoramentos. Como já é cediço, é obrigação do poder público, nas três esferas de poder, garantir direito à saúde por meio de políticas sociais e econômicas que busquem a redução dos riscos de se adoecer e morrer, bem como cuidar do acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O SUS estabelece o direito do exercício da cidadania que deve ser exercido, institucionalmente, por intermédio dos Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo: federal, estadual e municipal. Em muitos lugares, os Conselhos de Saúde se transformam em espaços de imposições governamentais e de influências partidárias ou corporativas, demonstrando o quanto toda a sociedade necessita amadurecer e centrar um olhar distinto e comprometido para com a saúde pública. Por certo, verifica-se a necessidade de se propiciar a capacitação dos conselheiros de saúde através de cursos regulares e de bem informá-los sobre a importância e significado do exercício do controle social da saúde.

Além disso, é fundamental dizer que as ações e serviços de Saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos próprios da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos consignados no orçamento da seguridade social. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde nos termos da Emenda Constitucional nº 29 / 2000. Ressalte-se que as transferências periódicas ou eventuais da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em consonância com a legislação vigente (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). (SUS, [2017?]).

Como políticas sociais, as políticas de saúde possuem raízes voltadas para o planejamento e a organização do sistema de saúde em todos os seus níveis de atenção, enfatizando os aspectos voltados à organização dos serviços, à política de recursos humanos e

tecnológicos, instâncias de participação da população e financiamento. Nesse contexto, tal plano organizativo de preocupações não pode excluir o processo em que o indivíduo formula a sua consciência política, emergindo como sujeito do seu próprio destino. Assim, a atuação organizada da sociedade aparece como condição essencial de enfrentamento das desigualdades sociais. No cenário atual, a saúde pública no país se apresenta com muitos desafios, eis que os problemas da saúde já vêm causando impacto desde o período colonial do Brasil, tendo como exemplo as epidemias indígenas na época do descobrimento.

Procurar conhecer as políticas públicas municipais e as práticas de saúde empreendidas passa a ser o ponto de grande relevância para a definição de um referencial teórico que conduza a implantação do SUS não somente por intermédio de um olhar normativo-institucional, mas por outros ângulos de pensamento que permitam a apresentação cotidiana das relações que permeiam o sistema.

A legislação afeta ao SUS dispõe que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Mas há que se ressaltar que o Estado não tem como ofertar serviços de saúde aos cidadãos sem a contrapartida dos mesmos. Direito à saúde e gratuidade de assistência são conceitos que se sobrepõem, fazendo referência explícita à desconsideração dos recursos públicos como aqueles advindos do pagamento dos tributos. Deve ser levado em conta que a saúde como direito do cidadão não implica somente a oferta de atenção básica reduzida a grupos específicos. Os desafios da gestão governamental, quando se busca a efetivação do direito à saúde, acabam envolvendo as reconfigurações recentes da relação Estado e sociedade na produção das políticas públicas, particularmente no que tange às políticas sociais, ou seja, o alargamento dos padrões de inclusão social. Nesse contexto, ganham relevo as questões econômicas, sociais e ambientais no planejamento governamental, o estabelecimento de vínculos entre os diferentes atores sociais nos espaços de gestão e o fortalecimento dos processos orgânicos de negociação.

Há a exigência da atualização da gestão estatal com especial atenção à articulação intersetorial e a integração regional das políticas públicas, bem como o aperfeiçoamento dos processos de tomada de decisão e dos sistemas de planejamento, o que implica em um novo modo de regulação social. São três questões que podem ser levadas em conta na elaboração das políticas públicas: a integridade e a dignidade como fundamentos para a organização e regulação das intervenções públicas; o reconhecimento e o respeito à diferença como condição para a realização do direito à saúde; territorialização dos problemas e das políticas na produção de respostas às novas realidades. Assim, o cenário exposto retrata um quadro

complexo que envolve o Estado e a sociedade na garantia do direito à saúde. Os desdobramentos da operacionalização do SUS são representados como processo perceptível no cotidiano dos usuários, funciona, mas não gera os frutos desejados.

As dificuldades da implementação do SUS são grandes, merecendo atenção a municipalização dos serviços, a descentralização dos recursos financeiros e a dependência da vontade política das lideranças locais. A estrutura de suporte financeiro é representada a partir do sistema de recursos do Estado, da fiscalização e supervisão da utilização dos recursos e das condições e exigências para o recebimento de verbas e da autonomia financeira das unidades de saúde. (OLIVEIRA; GOMES; SÁ; ACIOLI, 2007).

Os desafios do SUS a curto, médio e longo prazo são densos, especialmente por necessitar de mais recursos e da otimização do uso da verba pública. Observa-se que se investe o dobro de recursos nas internações, cirurgias e transplantes do que em ações básicas de saúde, tais como vacinas e consultas. Alguns problemas são frequentes e visíveis, com destaque para a falta de médicos e a demora para atendimento em postos, centros de saúde e hospitais, além da demora em conseguir uma consulta com especialista.

Na pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, os usuários apresentam as suas reclamações, que são traduzidas em desafios para a gestão do SUS, destacando-se: a falta de reconhecimento e de valorização à atenção básica; superlotação das unidades de urgência e emergência; acesso precário com longas filas para marcação de consultas, procedimentos e exames; falta de leitos hospitalares e desigualdade na distribuição pelas regiões do país, bem como a insuficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI; insuficiente assistência farmacêutica à população; falta de humanização e de acolhimento adequados nas unidades de saúde; descaso com a saúde mental, mesmo diante do aumento indiscriminado de dependentes químicos no Brasil, especialmente entre os mais jovens; tendência a judicialização da saúde, provocando demandas excessivas e corriqueiras ao poder judiciário e ao Ministério Público. (ALMEIDA, 2013).

No que tange ao gasto com saúde, este era pouco menos de 4% do PIB na década de 1990 e, mesmo tendo aumentado no início dos anos 2000 (para cerca de 6% ao ano) e tendo atingido a taxa de 7,9% em 2012 (BRASIL, 2015), o percentual é significativamente inferior ao da maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e dos países de renda média - e insuficiente para a garantia do acesso universal à saúde. Dados da *World Health Organization* (WHO) corroboram que o Governo brasileiro tem uma participação aquém das suas necessidades e possibilidades no financiamento. Do

grupo de países com modelos públicos de atendimento de acesso universal, o Brasil era, em 2011, o que tinha a menor participação do Estado no financiamento da saúde. Enquanto no Brasil o gasto público em saúde alcançava US\$ 512 por pessoa, na Inglaterra, por exemplo, já era cinco vezes maior (US\$ 3.031), no Canadá ainda mais (US\$ 3.982) e até a Argentina (US\$ 576) aplica mais que o Brasil. (WHO, 2014).

Além disso, destaca-se também que os gastos do governo foram claramente realocados para a atenção primária, o que deverá contribuir para uma maior eficiência no sistema de saúde, porém sem levar em consideração suas implicações para o custo, qualidade e eficácia dos cuidados. Por exemplo, uma proporção substancial do equipamento de custo elevado está instalada em municípios que não possuem o tamanho ou o papel para hospedá-lo. O investimento em estruturas com escalas pequenas de operação, a alta utilização de recursos humanos e o baixo uso da capacidade instalada contribuíram à ineficiência dos recursos aplicados. (GRAGNOLATI, LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

Verifica-se que, na análise de seus resultados, expressivos avanços e limites podem ser identificados. Com relação à cobertura da prestação dos serviços, há evidências, dentre várias fontes com sutis diferenças, pode-se afirmar que cerca de 75% da população brasileira utiliza exclusivamente o SUS. Quanto ao volume de serviços oferecido, o número de médicos e consultas *per capita* aumentou 70% entre 1990 e 2009 e os procedimentos de atenção básica cresceram ainda mais rapidamente (em 2009, eram 2,35 consultas *per capita* por ano em todos os estados), com aumento mais expressivo entre a população de baixa renda. Destaca-se ainda que as unidades de saúde triplicaram em 20 anos, expansão que foi mais significativa nos estados com baixa renda *per capita*, o que contribuiu para a redução das disparidades regionais. A avaliação da qualidade do serviço também interessa para a análise dos impactos da política de saúde. Diversos estudos apontam para preocupações significativas no que diz respeito à formação de pessoal, adequação dos cuidados, uso de sistemas de garantia da qualidade ou procedimentos e conformidade com o licenciamento. (GRAGNOLATI, LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

No que diz respeito à percepção dos usuários, pesquisas relatam níveis particularmente elevados de insatisfação dos usuários com a saúde pública no Brasil (Gouveia *et al*, 2009; Datafolha, 2014). A Pesquisa recente do Gallup World Poll demonstrou que 40% dos brasileiros está menos satisfeito com a saúde pública do que em muitos outros países de renda média (como Malásia, Tailândia, Turquia ou Uruguai) (CNI 2012; Folha de São Paulo de 2012; IPEA 2011). Já o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) - pesquisa

realizada em 2011 - evidenciou que o maior problema relatado sobre o SUS foi a falta de médicos (58,1% dos entrevistados). Em segundo lugar, estava a "demora para ser atendido nos centros de saúde ou nos hospitais da rede pública" (35,4%), seguido por "demora para conseguir uma consulta com especialista" (33,8%). Os dados indicaram que a população queria acesso "mais fácil, rápido e oportuno" à rede pública de saúde. A demora para o atendimento em serviços de urgência e o período de espera para uma consulta médica, além da necessidade de contratação de mais especialistas, foram os itens mais sugeridos pelos entrevistados para a qualificação do SUS. O levantamento revelou que a rapidez no atendimento foi citada como a maior motivação para a busca pelos planos de saúde.

Todavia, pesquisas evidenciaram que o nível de satisfação dos usuários foi bom, de modo geral, sendo maior com relação ao atendimento ou tratamento recebido do que a estrutura dos serviços (Castro *et al*, 2008; Massuia, Mendes e Cecílio, 2010; Gouveia *et al*, 2009). Os Hospitais também foram melhor avaliados que as policlínicas, onde usuários do SUS relatam sentirem-se discriminados com relação àqueles dos convênios particulares. "Parece haver o entendimento pelos usuários de que o SUS cumpre seu papel, mesmo com os problemas conhecidos, e que a avaliação positiva envolve uma expectativa de continuidade do serviço público de saúde". (CASTRO *et al*, 2008, p.133).

Mesmo diante das dificuldades e das controvérsias nas análises, o SUS significou uma verdadeira mudança de paradigma na política de saúde no Brasil e contribuiu significativamente para melhorar o nível e a distribuição de serviços de saúde, acessível e equitativa, o que por sua vez se refletiu no aumento da expectativa de vida, redução da mortalidade materna e infantil e redução das desigualdades geográficas. Apesar do importante papel da saúde, cabe destacar que esses ganhos, em parte, são atribuíveis também à evolução de outras políticas e serviços, tais como: o acesso à água potável e saneamento, alimentos com maior qualidade, aumento do nível de escolaridade e melhoria da situação econômica das famílias.

3.3. Saúde Suplementar no Brasil

Pires e Demo (2006) defendem que diante das ambiguidades de um sistema de que pretende ser equânime, num contexto ditado pela mercantilização do direito à saúde, apostassem propostas e experiências de enfrentamento que fortaleçam o controle democrático da sociedade civil sobre a implementação das políticas públicas, em especial, a política de saúde.

Como contraponto às políticas neoliberais, entendem que o Estado social realiza tarefas essenciais e insubstituíveis, especialmente para o bem-estar, não podendo ser facilmente substituído por alternativas conservadoras ou progressistas.

A política pública de saúde suplementar é considerada um desdobramento da política de saúde, sendo posta como uma forma de interferência do Estado, objetivando a manutenção das relações sociais de determinada formação social. Desse modo, Hofling (2001) defende que elas incorporam feições diversas em diferentes sociedades e distintas concepções de Estado, especialmente porque é impossível pensar Estado fora de um projeto político e de uma teoria social para a sociedade.

Os planos de saúde no Brasil se inserem em um denso e complexo modelo organizacional, vez que podem ser de responsabilidade pública e privada as dimensões do financiamento, gerenciamento e provisão de serviços. (LEAL, 2012).

Ademais, sobre o contexto histórico e o surgimento dos planos de saúde no Brasil, Alves (2015) aduz que o surgimento do mercado de saúde suplementar remete a década de 1950, na região do ABC paulista, com a novel instalação da indústria automobilística. Porém, no ano de 1923, foi editada a Lei denominada de “Eloy Chaves”¹⁴, considerada como o marco inicial da Previdência Social no Brasil, eis que criou as denominadas Caixas de Aposentadorias e Pensões. Essas Caixas de Aposentadorias e Pensões eram fundos geridos e financiados por patrões e empregados. Além de garantirem as aposentadorias e pensões, tais órgãos também financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes.

No entendimento de Bahia, Scheffer, Dal Poz e Travassos (2016), alguns dos esquemas assistenciais coletivos privados, que são baseados na captação de recursos tanto de empresas quanto de trabalhadores para o financiamento de uma assistência médico-hospitalar adicional à que foi organizada pelo Estado, foram efetivamente criados nos anos 1940 e 1950. O que melhor exemplifica tal situação é a implantação da caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI e a assistencial patronal para os servidores do Instituto de aposentarias e Pensões dos Industriários, que é a atual GEAP.

Ainda, na década de 1950, ocorreu a estruturação de sistemas assistenciais destinados exclusivamente aos servidores públicos estaduais, que não eram cobertos pela Previdência Social, configurando-se, dessa forma, a face civil dos serviços de saúde exclusivamente

¹⁴ Eloy Marcondes de Miranda Chaves, advogado e político brasileiro. Foi o proponente da legislação precursora da Previdência Social.

destinados a servidores públicos com regimes próprios de previdência. (BAHIA; SCHEFFER; DAL POZ; TRAVASSOS, 2016).

Nessa continuidade, em meados da década de 1960, os denominados convênios médicos celebrados entre as empresas empregadoras com empresas médicas, mediados pela Previdência Social, estimularam fortemente o empresariamento da medicina. Por certo, com a organização empresarial dos prestadores de serviços, em detrimento da prática médica liberal e da autonomia de cada nosocômio, emergiram as empresas médicas com redes próprias, denominadas de medicinas de grupo. (BAHIA; SCHEFFER; DAL POZ; TRAVASSOS, 2016).

Enquanto as medicinas de grupo¹⁵ se organizaram em torno de proprietários/acionistas de hospitais, as Unimeds¹⁶ surgiram como uma alternativa para preservar a prática nos consultórios médicos, por intermédio da constituição de cooperativas de trabalho médico.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) no ano de 1966 acelerou o processo de assistência médica prestada pelo Estado, basicamente com a aquisição de serviços privados, diante de uma enorme rede de prestador espalhada por todo Brasil. Assim, esse modelo adotou um sistema de regulação junto aos seus prestadores.

A operação administrativa oriunda desse formato empresarial seria outro aspecto regulatório definidor de tal assistência. Os mecanismos e fluxos de controle e avaliação firmados passaram a induzir fortemente o tipo de assistência prestada pela rede credenciada, sendo que as revisões administrativas, autorizações e glosas definiram o que podia ou não ser realizado, padronizando a operação de tais prestadores.

Na década de 1980, a revelação da existência de um grande mercado de planos de saúde ocorreu em paralelo com a significativa intensificação da comercialização de planos individuais, o ingresso de grandes seguradoras no ramo da saúde, a adesão de novos estratos de trabalhadores, especialmente servidores públicos, e uma vinculação da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar. (BAHIA; SCHEFFER; DAL POZ; TRAVASSOS, 2016).

Nesse sentido, Bahia, Scheffer, Dal Poz e Travassos (2016) aduz que dois enunciados, articulados entre si, explicam a expansão dos planos privados de saúde no país. Em primeiro momento, as insuficiências do SUS são atreladas ao crescimento da assistência médica suplementar convocando os avanços das políticas neoliberais. Em outro plano, o crescimento

¹⁵ Medicina de Grupo: são entidades com fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa médica, autogestão e filantropia.

¹⁶ Cooperativas de Trabalho Médico.

das alternativas particulares corporativas e meritocráticas desafia a construção de um sistema de proteção social universal e redistributivo.

O Art. 197/CF estabelece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Já o Art. 199/CF dispõe que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste (BRASIL, 1988).

Seguindo o modelo recomendado pelo Consenso de Washington, o Brasil vivenciou o ciclo, a partir da década de 1990, de privatizações e concessões, delegando-se ao privado atribuições antes realizadas diretamente pelo Estado, por intermédio das empresas estatais. Di Pietro (2002, pág. 57) contextualiza essa mudança de paradigma como forma de se buscar o almejado desenvolvimento econômico, tendo em vista o esgotamento da capacidade de financiamento do Estado, pois:

À proporção que o Estado foi assumindo outros encargos nos campos social e econômico, sentiu-se a necessidade de encontrar novas formas de gestão do serviço público e da atividade privada exercida pela Administração. De um lado, a idéia de especialização, com vistas à obtenção de melhores resultados, que justificou e ainda justifica a existência de autarquias; de outro lado, e com o mesmo objetivo, a utilização de métodos de gestão privada, mais flexíveis e mais adaptáveis ao novo tipo de atividade assumida pelo Estado, em especial a de natureza comercial e industrial; em alguns países, como a Alemanha, isso foi feito com fins de socialização e, em outros, especialmente nos subdesenvolvidos, com vistas ao desenvolvimento econômico.

As políticas contemporâneas de reforma do setor de saúde ganharam amplitude a partir da década de 1980. Reforma do setor saúde é processo de mudança estrutural na área de atenção à saúde, vinculados a transformações mais abrangentes da sociedade no que diz respeito aos contextos econômico, político, ideológico e social, ou seja, a períodos históricos em que se alteram tanto as concepções e crenças sobre saúde e enfermidade, quanto às perspectivas segundo as quais se estruturam os serviços destinados a atender às necessidades da população, bem como os papéis desempenhados pelo Estado e do setor privado que atuam no referido setor.

Os sistemas de saúde resultam do desenvolvimento histórico da implementação de certas políticas de saúde, sendo, portanto, o resultado de um conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado, que afetam as condições sociais e as chances de vida e morte de pessoas, grupos e famílias. Isso implica em dizer que a política de saúde e o correspondente sistema de saúde

traduzem o esforço para modificar as condições adversas que favorecem o adoecimento dos indivíduos, tentando impedir que isso aconteça, e para atenuar o sofrimento das pessoas quando adoecem. (ALMEIDA, 2013).

O desenvolvimento dos serviços de assistência médica como parte integrante de um robusto complexo econômico-industrial, especialmente após 1945 com o fim da 2ª Guerra Mundial, é o principal eixo-estruturador dos sistemas de saúde como são conhecidos hoje e a participação ativa do Estado na condução e promoção desse processo evidencia o reflexo no setor de saúde, de fenômenos característicos das economias capitalistas contemporâneas. A consolidação dos sistemas de saúde se apresenta em três dimensões. A primeira delas diz respeito à regulação das condições sob as quais os serviços de saúde são oferecidos à população, como parte integrante ou não do elenco de programas sociais do Estado de Bem-Estar Social, o que implica questões relativas aos direitos de cidadania, ao poder profissional, à organização, ao funcionamento e ao desempenho dos sistemas de serviços de saúde, quer dizer, à sua natureza pública, privada ou mista e aos resultados obtidos (ALMEIDA, 2013).

Por outro lado, a segunda dimensão é a econômica, que se refere ao papel preponderante da tecnologia na assistência médica contemporânea, cuja importância estratégica possui íntima conexão com a contínua e agitada expansão da base tecnológica das economias de orientação capitalista, onde o Estado participa da competição entre os produtores de bens e serviços. Já a terceira dimensão trata da área na qual os conflitos distributivos ocorrem, ou seja: os sistemas de saúde contemporâneos constituem arenas econômicas e políticas importantes, onde são negociados recursos, empregos e poder nas diversas sociedades, o que tem sido alvo de significativos conflitos de interesses.

Osmovimentos contemporâneos de reforma são oriundos de transformações que se iniciam a partir de 1973 e 1975, quando uma forte crise econômica foi instalada, inicialmente nos países do hemisfério norte, repercutindo, na década de 1980, por todo mundo. No âmbito político-social, essa crise provocou um processo crítico sem precedentes, tanto à direita como à esquerda, que desconstruiu as matizes histórico-científicas e político-ideológicas organizadoras dos confrontos coletivos das sociedades. (ALMEIDA, 2013).

A revisão das reformas dos sistemas de saúde demonstra que elas foram estabelecidas com fulcro em elementos comuns presentes na agenda homogênea difundida mundialmente, ainda que tenham sido adotadas distintas formas de reorganização dos serviços de saúde nos mais diversos países. As políticas neoliberais introduziram novas tensões nos domínios da saúde, focando o esgotamento das políticas públicas pretéritas, e as reformas contemporâneas

de cunho neoliberal desconsideram o papel da política e do conflito na sua formulação e implementação. As relações entre o Estado e o mercado no setor de saúde apresentam expressivas falhas do mercado que proporcionam numerosas razões para o maior envolvimento público do que em outras atividades, além do fato de que os sistemas de saúde são densos por definição e bastante variados, inseridos na realidade de cada sociedade. (ALMEIDA, 2014).

O setor de saúde está inserido nessa mudança paradigmática, sendo, portanto, interessante referencial de estudo. Tal área está sujeita a uma série de políticas públicas a serem implementadas, especialmente que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário, às ações e aos serviços para a sua promoção (Art.196/CF). Há que se ressaltar que a discussão suscitada não pode ser observada tão somente pela ótica da gestão, eis que também passa por uma necessária concepção política.

Ocorre que a implementação dessas novas perspectivas são diretamente influenciadas pela sociedade consumidora de planos de saúde, que cresceu exponencialmente nos últimos anos. No intuito de propiciar acesso a uma medicina qualitativa, as políticas de saúde suplementar acabam por atribuir ao setor privado um papel crucial para o atendimento das necessidades e do acesso de considerável fatia da sociedade aos serviços de saúde.

No plano do ordenamento interno, verificou-se a instituição de novas estruturas e novos mecanismos de regulação desses setores, como as Agências Reguladoras, especialmente a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e os arranjos contratuais e tarifários informados por regimes de alocação de riscos e preços livremente acordados.

Esse conjunto de alterações traz novos atores e múltiplos interesses, muitas vezes contrapostos entre si. Tomada, por exemplo, a reflexão sobre preços livremente estabelecidos, verificar-se-á o seu forte caráter indutivo exercido sobre o comportamento humano. Este, por sua vez, não é ditado apenas por aumentos ou diminuições de preços, mas é inevitável reconhecer seu elemento influenciador, ainda que se trate de um serviço público ou de relevância pública. O número de beneficiários de planos médico-hospitalares no Brasil, dados trazidos pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, ultrapassa os 48 milhões de usuários. (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

Observa-se a forte influência social e econômica na regulação da política pública de saúde suplementar, o que efetivamente é materializado nas obrigações impostas às Operadoras de Planos de Saúde. Tal circunstância gera enorme discussão socioeconômica

acerca do aumento de obrigações repassadas ao setor privado, que diante do seu franco crescimento, acaba por desanuiar o sistema público de saúde.

Desse modo, e conforme já anteriormente abordado, a função estatal de proteção do interesse público diante das estratégias econômicas dos agentes privados passou a ser atribuição da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tendo por base a concepção de um Estado regulador, mas não necessariamente provedor, de serviços. (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

Para Sestelo, Souza e Bahia (2013), a Saúde coletiva constituiu-se fundamentalmente a partir da análise das relações entre a medicina como prática social e a estrutura das sociedades concretas onde ela se desenvolve. A criação do SUS se desdobrou num contexto de viés ideológico neoliberal que incentivava a ampliação das relações comerciais na prestação de serviços, dentre os quais os relativos à saúde, e uma significativa redução no papel atribuído ao Estado, como responsável imediato desses serviços. (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

Nessa continuidade, a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que “Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” é o marco regulatório do mercado de saúde suplementar no Brasil. As disposições normativas dispostas nessa lei esboçam a participação da sociedade civil nos processos de acompanhamento e monitoramento das ações da gestão pública e na execução das políticas públicas, suscitados pela sociedade para o controle social e a regulação do mercado de saúde privada (BRASIL, 1998).

A Agência Nacional de saúde Suplementar – ANS, criada por meio da Lei nº 9.961/00¹⁷, é uma autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, sendo órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Em suma, a ANS é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, tendo por missão a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, especialmente quanto às suas relações com prestadores e consumidores, com o fito de contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

¹⁷ Lei nº 9.961/00, Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. (BRASIL, 2000).

Assim, a função estatal de proteção do interesse público frente às estratégias econômicas dos agentes privados foi transferida, em grande parte, para as agências regulatórias, como fulcro na ideia de um Estado regulador, mas não necessariamente provedor de serviços.(SESTELO, SOUZA; BAHIA, 2013).

Há que se ressaltar que a natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada pela autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, pela autonomia nas suas decisões técnicas e pelo mandato fixo de seus dirigentes. Diferentemente de agências reguladoras criadas para atuarem nos novos mercados surgidos com o processo de desestatização das empresas pública implementado na década de 1990, a ANS já se deparou com um setor estruturado e em franco crescimento.

Além disso, a ANS é dirigida por uma Diretoria Colegiada, sendo estruturada da seguinte forma: Presidência; Diretoria de Desenvolvimento Setorial-DIDES; Diretoria de Gestão-DIGES; Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras-DIOPE; Diretoria de Fiscalização-DUFUS; Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos-DIPRO. Os diretores serão brasileiros, indicados e nomeados pelo presidente da República após aprovação pelo Senado Federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitida uma única recondução¹⁸. Interessante esclarecer que o Diretor-Presidente será designado pelo presidente da República, dentre os membros da Diretoria Colegiada.

A implementação da ANS veio a reboque de um expressivo conjunto de políticas formuladas estrategicamente para corrigir as denominadas imperfeições do mercado, oriundas do *laissez-faire*, intervindo normalmente na cultura empresarial do respectivo setor. Nesse sentido, as relações entre Estado e mercado foram submetidas a uma política própria, com funções regulatórias das condutas.

Diante da importância do tema, entende-se por regulação um conjunto de medidas e ações governamentais que implicam na criação de normas e na realização de controle e fiscalização dos segmentos mercadológicos explorados pelo setor privado, com vistas a assegurar o interesse público. O processo de regulação se insere dentro de um cenário de disputas de interesses conflitantes que determinam o seu formato e extensão. A ANS dispõe, atualmente, de 419 Resoluções Normativas, demonstrando a sua intensa atividade regulatória perante o setor de saúde suplementar.

A experiência regulatória tem mostrado que as operadoras estão, cada vez mais, procurando gestão mais profissionalizada com vistas à qualificação dos seus serviços. A ANS

¹⁸ Lei nº 9.961/00, Art. 6º.

tem estabelecido conteúdo normativo claro e direto com vistas a autorização para funcionamento, incentivando um modelo de atenção à saúde mais profissional. (SANTOS, 2006).

Para Leal (2012), o setor brasileiro de planos de saúde configura, no entendimento da ANS, o segundo maior sistema privado de saúde no mundo. Evidencia-se a sua importância pela abrangência de atendimento, com assistência médica para aproximadamente 1/4 da população, e de seu faturamento anual próximo ao do orçamento federal para a saúde pública.

Nesse seguimento, em sua atividade regulatória, razão precípua da sua existência e em decorrência do prevalente interesse público, a ANS pode realizar audiências públicas com o intuito de ouvir a opinião da sociedade e dos agentes regulados sobre assuntos importantes para a regulação dos planos de saúde. Tais audiências são previamente divulgadas pelo Diário Oficial da União (DOU) e por outros meios, especialmente pelo sítio da ANS na rede mundial de computadores. Após a realização audiência pública, é divulgado o Relatório de Audiência Pública (RAP).

Dentro da mesma seara regulatória, a ANS realiza as denominadas consultas públicas que são discussões acerca de temas relevantes, abertas à sociedade, onde busca subsídios para o processo de tomada de decisão. Dessa forma, o objetivo é tornar as ações governamentais mais democráticas e transparentes. Ainda, a Consulta Pública deve contar com a participação, tanto de cidadãos quanto de setores especializados da sociedade, tais como sociedades científicas, entidades profissionais, universidades, institutos de pesquisa e representações do setor regulado. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

Dentro da estrutura da ANS, um órgão que ganha destaque é a Câmara de Saúde Suplementar. O seu quadro é composto por entidades representantes dos protagonistas do setor e por órgãos do governo, cujos assentos são definidos por lei. Trata-se de um órgão de participação institucionalizada da sociedade na ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por objetivo auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões.

Nesse sentido, é da competência da referida câmara: acompanhar a elaboração de políticas no âmbito da saúde suplementar; discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor; colaborar para as discussões e para os resultados das câmaras técnicas; auxiliar a Diretoria Colegiada a aperfeiçoar o mercado de saúde suplementar, proporcionando à ANS condições de exercer, com maior eficiência, sua função de regular as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no país; e indicar representantes para compor grupos técnicos temáticos,

sugeridos pela Diretoria Colegiada. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

Ademais, a Agência também dispõe de Câmaras Técnicas, que surgem da necessidade de aprofundar a discussão de assuntos relativos à saúde suplementar. Essas Câmaras são grupos temporários compostos por especialistas da ANS e/ou por representantes de todos os envolvidos no setor, a convite da ANS, de acordo com o nível de complexidade e importância desses assuntos. Tais Câmaras obedecem a um caráter formal, estabelecido em um regimento interno também aprovado pela Diretoria Colegiada. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

No mesmo contexto e com estrutura e objetivos semelhantes, também podem ser criados os chamados Grupos Técnicos. Esses grupos realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico. Justamente por isso, não possuem o caráter formal de uma Câmara Técnica. As conclusões dos debates das Câmaras e Grupos Técnicos constituem importantes fundamentos para a elaboração da legislação.

Ainda, a trajetória da regulação realizada pela ANS pode ser caracterizada em três momentos distintos: a) econômico financeiro; b) técnico-assistencial e; c) transparência e competição. Constata-se, dessas três etapas do marco regulatório, que o modelo de financiamento do setor se configura com a primeira etapa, ou seja, regulação de preços, sendo influenciado por mudanças derivadas da segunda e terceira etapas, com relevo para o estabelecimento do rol de procedimentos de cobertura obrigatória e a política da portabilidade de carências. (LEAL, 2012).

No setor de saúde suplementar, os preços são calculados com base na lógica mutualista, que consiste num modelo de seguro onde todos contribuem para que alguns usem, com a característica de que o valor das contraprestações não sofre influência direta da elevação do consumo. (LEAL, 2012).

Além disso, há que se ressaltar que a regulação de preços estabelecida pela ANS, especialmente na primeira década de vida da Agência, teve por característica a intensa abordagem regulatória realizada nos planos individuais comparativamente aos coletivos, na direção da prioridade da regulação com vistas ao equilíbrio na relação dos consumidores frente às operadoras.

Porém, ocorre que a flexibilidade dos planos contratados por pessoas jurídicas, com reajuste estabelecido pela livre negociação e com possibilidade de rescisão do contrato unilateralmente pelas operadoras, possibilitou a sua oferta a preços mais baratos, tornando-os

mais atraentes para o consumidor. Ao fazer tal opção, o consumidor fica sujeito aos riscos da menor intensidade regulatória, que pode desdobrar em elevados reajustes ou descontinuação do contrato. (LEAL, 2012).

A expressão "assistência suplementar em saúde" foi utilizada por agentes do mercado, na década de 1990, designando a parcela do setor privado que operava de modo exógeno às relações contratuais com o SUS. O vocábulo "suplementar" foi inserido em uma estratégia retórica que apresentava o setor privado de planos de saúde como sendo um elemento conceitualmente convergente a um sistema público, dotado de legitimidade política e institucional. No aspecto prático, o setor privado contrapunha-se ao SUS com uma estratégia operacional concorrencial, própria da visão de mercado. (SESTELO, SOUZA; BAHIA, 2013).

Mesmo sendo nominada de "suplementar" ao sistema público, o modelo de articulação entre as empresas de planos e seguros e a rede de serviços de saúde do SUS tomou por base a duplicidade e superposição da oferta de serviços pelos prestadores públicos e particulares. Desse modo, caracteriza-se uma relação de complementariedade invertida, em que o sistema público funciona como suporte assemelhado a um resseguro para as lacunas na assistência oferecida pelos planos de saúde, alterando o sentido original do termo "complementar" utilizado pela Constituição Federal.

3.4.A Regulação Pública da Saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988, quando estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde como universal, integral e gratuito, também estabeleceu que a atuação dos particulares no setor deveria ser regulada pelo Estado. Em 1998, no mês de maio, foi sancionada a Lei 9.656, marco regulatório da saúde suplementar no Brasil. A regulamentação focou duas questões centrais: a econômico-financeira, que resultou na edição de regras prudenciais, e a assistencial, que levou à criação das normas referentes ao produto ofertado. No que tange à regulação econômico financeira, foram normatizadas as condições de entrada, funcionamento e saída do mercado no que diz respeito aos requisitos operacionais e de garantias financeiras. Sobre a regulação da assistência, criou-se o plano referência, cuja oferta é obrigatória e contempla atendimento integral à saúde, sem exclusões ou exceções de coberturas, cobrindo todas as doenças classificadas no Código Internacional de Doenças – CID. Com a finalidade de proteção ao consumidor, foram editadas regras para o controle de reajustes de preços nos

planos individuais e das faixas etárias, proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral do contrato e garantia de direitos aos aposentados e demitidos. (ALVES, 2015)

Abordar os desafios da regulação pública da saúde no Brasil implica em adentrar na regulação dos mercados, tema de grande repercussão econômica e abrangência coletiva estrondosa. O Brasil, por uma série de fatores culturais, sociais e econômicos, é conhecido mundialmente pelo seu elevado grau de regulação e burocracia. A elevada carga tributária e um Estado gigantesco explicitam os contornos de uma economia que não consegue extrair todo o potencial produtivo do setor privado. Importante registrar que a regulação, antes de ser uma questão ideológica, é uma questão técnico-econômica estudada a fundo pelos economistas, com vistas ao aperfeiçoamento das formas e intensidade da regulação. Especialmente no caso da saúde suplementar, a regulação ainda é nova, eis que a ANS ainda não completou 20 anos de idade. Assim, observa-se com certa naturalidade as frequentes alterações regulatórias, sem que com isso sejam justificadas as incertezas regulatórias. É fato que a regulação dos mercados deve produzir benefícios sociais acima dos custos sociais, devendo ser limitado aos casos em que o mercado falha, verificando se os custos da intervenção não serão superiores aos benefícios esperados. No Brasil não é exclusividade do setor de saúde suplementar, pois verifica-se que as normas regulatórias são produzidas sem que haja uma correta identificação da eventual falha que busca corrigir e sem que se mensure antecipadamente os custos e os benefícios da regulação. Parte dessa característica tem origem no voluntarismo dos chamados *policymakers*¹⁹, sejam eles reguladores ou representantes do Poder Legislativo. Por isso, torna-se imperativo conhecer os fundamentos da regulação: para que regular? Como regular? Qual a intensidade da regulação? Qual o resultado esperado para a sociedade como um todo? (ALVES, 2015).

Por tradição, o que se desdobra praticamente em uma regra, o mercado pode falhar nos casos de bens públicos, externalidades e monopólios naturais. Os bens públicos encontram dificuldades de serem providos comercialmente por intermédio do mercado pelo fato de não ser possível excluir de seu uso ou consumo os clientes que não pagam por eles. Nesse sentido, para que um bem possa ser considerado público é necessário que ele seja consumido conjuntamente pelas pessoas e que não se possa excluir de seu uso ou consumo absolutamente ninguém. É perfeitamente possível exemplificar com um sinal de rádio que pode ser compartilhado por todas as pessoas que sintonizam aquela estação.

¹⁹ Responsáveis pelas políticas, formuladores de políticas.

Portanto, o consumo adicional de um indivíduo não reduz a quantidade do bem consumido pelos demais indivíduos. A segunda condição para que um bem seja público é a sua não exclusividade, isto é, é impossível excluir um cliente que não paga do benefício gerado pelo bem. Desse modo, como os que não custeiam não são excluídos, ninguém terá o incentivo de financiar o bem. A defesa nacional, a manutenção do ar puro nas cidades, a ação do Banco Central no controle da moeda, a manutenção do sistema legal e da administração da justiça também poderiam ser considerados bens públicos. Nesses casos, os mercados não conseguem oferecer quantidades suficientes desses bens. Quando os direitos de propriedade não são bem definidos e protegidos pelos governos, a ação desdobrada por uns pode provocar dano à propriedade de outros, pois não sendo o direito plenamente caracterizado, não há como fazer com que os responsáveis pelos danos cessem de produzi-los, porque não incorrem nos custos dos danos que causam a terceiros.

Essas falhas são as denominadas externalidades que ocorrem quando a ação de um indivíduo gera danos ao bem-estar de outros indivíduos, sem o consentimento e sem ressarcimentos. Por certo, quando as disposições jurídicas não resguardam adequadamente os direitos, desdobra-se o incentivo para que os mercados titubeiem por não registrarem o custo total de recursos utilizados na produção desses bens. As externalidades são os desdobramentos de uma decisão sobre aqueles que não participaram dela. (ALVES, 2015).

Os monopólios naturais se formam quando existem elevadas economias de escala e indivisibilidades técnicas na produção. Desse modo, há dificuldades para o estabelecimento de mais de uma empresa atuando no mercado. Conforme o setor, as economias de escala são tão elevadas e as características são tão particulares que a operação só é economicamente viável com o estabelecimento de uma única empresa. Portanto, observa-se a constituição de um monopólio natural, eis que a competição entre as empresas não funciona, como é o caso dos setores de água, esgoto e energia elétrica.

O Estado concede o poder de monopólio nessas situações, mas tem que regular os preços. Quando se trata de bens públicos, externalidades e monopólios naturais, algum tipo de intervenção estatal pode ser justificada como forma de se remendar os problemas decorrentes dessas distorções. O mercado de planos e seguros de saúde é conhecido como sendo um setor em que a presença de informação assimétrica entre os agentes é bastante significativa e esta falha tem sido a motivação econômica para a intervenção governamental. A economia da saúde reporta às denominadas assimetrias informacionais, a causa de distorções que afetam o mercado de saúde suplementar de modo que este não opere com o mesmo grau de eficiência

que os mercados em concorrência perfeita. Observa-se três problemas que resultam da existência de assimetrias de informação entre os participantes desse mercado, quais sejam: risco moral, seleção adversa e a indução de demanda. (ALVES, 2015).

Nesse sentido, o risco moral se dá quando a estrutura de incentivos que o cliente se depara se modifica, favorece a utilização de serviços para além do limite em que este utilizaria, caso incorresse diretamente no pagamento dos serviços. Pelo fato do custo monetário da utilização ser zero, o beneficiário não tem incentivo suficiente para racionalizar a sua demanda e, por muitas vezes, provoca a utilização desnecessária de serviços, modificando a distribuição de probabilidades vinculada à ocorrência do evento indenizável. O risco moral pode ser diminuído por meio da utilização de mecanismos de compartilhamento de riscos entre a operadora de planos de saúde e o segurado, valendo como exemplo a coparticipação²⁰ e a franquia no pagamento dos serviços.

No setor de serviços médicos, a responsabilidade pelo diagnóstico e, várias vezes, pelo tratamento é uma situação que o paciente delega ao médico em função da assimetria de informação entre eles. Dessa forma, o corpo clínico e o médico tornam-se os principais responsáveis pelo direcionamento do paciente dentro do setor médico-hospitalar, sendo que é o médico quem determina, mais expressivamente, a alocação dos recursos escassos do setor.

Nota-se a possibilidade de criação de demanda pelos seus próprios serviços depositada, novamente, na assimetria de informação entre o médico e o paciente e entre o médico e a operadora de plano de saúde. Esse fenômeno se chama indução de demanda pela oferta. A forma adotada pelas operadoras na remuneração dos prestadores influencia diretamente o comportamento deles com relação à utilização dos serviços. O pagamento por procedimento realizado está diretamente associado à indução de demanda, enquanto outras formas de remuneração buscam a redução dos tais incentivos. (ALVES, 2015).

O fenômeno da seleção adversa ocorre no caso em que as operadoras de planos de saúde são capazes de conhecer e identificar o risco dos indivíduos ou a probabilidade de adoecimento antes de aceitá-los na sua carteira de clientes. Ora, se a operadora de planos de saúde estabelecer um preço médio, baseado na média do risco desses indivíduos, há a tendência da atração daqueles clientes que tem uma maior probabilidade de utilização do plano, indivíduos de risco mais elevado. Os indivíduos que possuem nível de risco superior à média, em geral optam por contratar o plano de saúde.

²⁰ Os consumidores conveniados a planos de saúde com coparticipação, ao realizarem consultas e exames, contribuirão com uma pequena parte do valor do procedimento.

De modo contrário, os indivíduos com risco inferior ao risco médio não aderem ao contrato, pois custaria caro demais. Nesse processo, apenas os indivíduos com baixos níveis de saúde tomariam parte nos contratos oferecidos pelas operadoras, o que tornaria inviável a existência do mercado privado diante da não possibilidade de diluição dos riscos entre os seus consumidores. Diante da seleção adversa, o resultado do processo de mercado leva a situações de ineficiência, pois os indivíduos que gostariam de contratar um plano acabam por não terem a oferta desse produto no mercado.

As operadoras de planos de saúde possuem duas formas de redução dos efeitos negativos da assimetria: a seleção de risco e a diversificação dos contratos. Nessas duas situações, a operadora de planos de saúde busca preferencialmente os indivíduos mais saudáveis para a sua carteira de clientes. Essa prática comum no universo dos seguros é extremamente controversa no que tange à saúde suplementar. Ao estabelecer o aumento de coberturas obrigatórias, a padronização de contratos, a criação de mecanismos engessados para a precificação do risco e o limite de reajuste de preços, a regulação de saúde suplementar produziu efeitos secundários tanto sobre a eficiência do mercado quanto sobre a disposição de investir recursos para o oferecimento de novos planos individuais. (ALVES, 2015).

A regulação prudencial busca a proteção do público da ação incompetente ou fraudulenta das operadoras de planos de saúde. Tal regulação foi uma inovação institucional no mercado de planos de saúde que, salvo as seguradoras, não tinha a cultura nem a obrigatoriedade de constituição de reservas de contingenciamento. Motivação adicional para fazer uso da regulação prudencial na saúde suplementar é a prevenção de que o ciclo financeiro invertido, que é forte característica do setor, possa levar à descapitalização da operadora de plano.

O ciclo invertido ocorre quando a operadora de planos de saúde arrecada as mensalidades para o pagamento futuro das despesas assistenciais, pois há incerteza quanto ao uso do plano, tanto o período quanto o serviço utilizado e o consequente custo. Especificamente no caso da saúde suplementar, o ente regulador obriga que as operadoras de planos de saúde reconheçam as obrigações assistenciais a que estão sujeitas, afastando a percepção equivocada de excesso de liquidez. Portanto, as operadoras de planos de saúde devem manter recursos suficientes para a liquidação das obrigações sociais e a absorção de eventual prejuízo. Importante destacar que por equilíbrio econômico-financeiro entende-se a manutenção de liquidez e de solvência. O processo de regulação econômica financeira das operadoras de planos de saúde estabeleceu regras para a constituição das provisões técnicas,

para o lastro de ativos garantidores²¹, regras de capital mínimo e capital de solvência. (ALVES, 2015).

Nesse seguimento, a avaliação de desempenho das operadoras por meio do Programa de Qualificação de Operadoras é realizada pela ANS obrigatoriamente. Essa avaliação é realizada pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, calculado a partir de indicadores definidos pela própria ANS. Tais indicadores são agrupados em quatro dimensões, com pesos diferentes na formação do IDSS, eis: 40% para a dimensão “Atenção à saúde, 20% para a dimensão “Econômico-Financeira”, 20% para a dimensão “Estrutura e Operação” e 20% para a dimensão “Satisfação do Beneficiário”.

O IDSS varia de zero a um e cada operadora de plano de saúde recebe uma nota que a enquadrará em uma faixa de avaliação. Ressalte-se que os indicadores sofreram mudanças no decorrer dos tempos. A ANS instituiu, também, o Programa de Acreditação das Operadoras que tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras, conforme a avaliação feita por entidades de acreditação²² homologadas pela ANS. A análise leva em conta a administração, a estrutura e a operação dos serviços de saúde disponibilizados, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários. Para o consumidor, a acreditação funciona como um selo de qualidade na busca da redução da assimetria de informações do cliente com relação à qualidade da instituição. No caso da empresa acreditada, o movimento é um estímulo à diferenciação do produto, expondo ao mercado que a instituição está ocupando uma posição à frente da concorrência. (ALVES, 2015).

A teoria econômica moderna, especialmente a economia da regulação, pode identificar um conjunto de situações onde a regulação dos preços pode se mostrar eficaz. No caso de monopólio, não existe mercado para forçar a redução de preços aos níveis competitivos, sendo que a empresa monopolista faz uso do seu poder de mercado para cobrar preços de monopólio. Em mercados onde a competição é reduzida, recomenda-se uma política regulatória que diminua as dificuldades à entrada no mercado, independente de serem de

²¹Ativos Garantidores são bens imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que lastreiam as provisões técnicas e seguem os critérios de aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação estabelecidos na Resolução Normativa RN nº 392, de 2015.

²²Acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. Tem caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle governamental, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

ordem econômica, tecnológica ou regulatória, como meio de coibição de práticas anticoncorrenciais.

Trata-se de um importante trabalho da política de defesa da concorrência, que monitora a competição nos mercados a partir do controle dos atos de concentração²³, da repressão às práticas de cartel e demais condutas anticoncorrenciais. A metodologia utilizada para a regulação dos reajustes padece de dois problemas: o reajuste dos planos individuais e dos planos coletivos. No tangente ao reajuste dos planos individuais, eles são lastrados na evolução dos preços dos planos coletivos, sendo linear.

Por ser baseada no reajuste dos planos coletivos, a medida não guarda relação com os fatores determinantes dos reajustes dos planos individuais que possui substanciais diferenças na composição dos custos entre si. Os planos individuais estão mais sujeitos à presença de seleção adversa, enquanto os planos coletivos possuem maior homogeneidade de riscos. Nos planos individuais, há pouca margem de negociação para os reajustes, porém, nos planos coletivos, há a possibilidade de se reavaliar os parâmetros dos contratos, especialmente os de rede e coparticipação. (ALVES, 2015).

Nessa continuidade, o reajuste autorizado pela ANS para os planos de saúde, por ser linear, não garante a recomposição do equilíbrio entre receitas e despesas assistenciais para os atores da saúde suplementar em razão da expressiva diversidade existente no mercado. A adoção de um índice único para todas as operadoras de planos de saúde pode vir a se revelar adequado para algumas, mas insuficientes para outras, levando em conta as características das carteiras e da gestão do custo assistencial. Há que se ressaltar que houve importantes ganhos decorrentes da proteção dos consumidores por meio da ampliação de coberturas, da profissionalização do setor e do estabelecimento de regras prudenciais.

A sanidade financeira das operadoras de planos de saúde se encontra vinculada ao conceito de equilíbrio econômico-financeiro dos contratos firmados de seguro-saúde. A ideia de seguro carrega o sentido de justo equilíbrio entre o prêmio pago pelos beneficiários e a taxa de verificação de sinistros²⁴. Trata-se de um cálculo atuarial²⁵ que ajuda a evitar o

²³De acordo com o artigo 90 da Lei 12.529/2011, os atos de concentração são as fusões de duas ou mais empresas anteriormente independentes; as aquisições de controle ou de partes de uma ou mais empresas por outras; as incorporações de uma ou mais empresas por outras; ou, ainda, a celebração de contrato associativo, consórcio ou *joint venture* entre duas ou mais empresas. Apenas não são considerados atos de concentração, para os efeitos legais, os consórcios ou associações destinadas às licitações promovidas pela administração pública direta e indireta e aos contratos delas decorrentes. (BRASIL, 2011).

²⁴Juridicamente e na linguagem afeta ao mercado dos seguros, sinistro é um acidente que causa prejuízo em algum bem que está segurado.

²⁵Cálculo Atuarial é um método matemático que utiliza conceitos financeiros, econômicos e probabilísticos para dimensionar o montante de recursos e de contribuições necessárias ao pagamento de benefícios futuros.

alargamento entre os mesmos, sendo que o volume de recursos arrecadados deve ser superior aos custos decorrentes do pagamento de serviços médicos, sob pena de significar a derrocada econômica da operadora e do plano oferecido. Assim, torna-se necessário que o prêmio pago pelos usuários de planos de saúde seja suficiente para o funcionamento do sistema e, conseqüentemente, que possibilitem um retorno para as operadoras.

3.5. Articulação Público/Privada na assistência à saúde

A articulação entre os setores público e privado na assistência à saúde é um tema de total relevância para o sistema de saúde no Brasil, eis que a saúde coletiva se constituiu fundamentalmente da análise das relações entre a medicina como prática social e a estrutura das sociedades concretas em que ela cresce. A Constituição Federal de 1988 permitiu a continuidade da participação do setor privado na complementação de serviços de saúde no SUS.

Desde o seu surgimento, o SUS vem legalmente vinculado à participação do setor privado, mantendo o que já vinha ocorrendo historicamente na assistência previdenciária no Brasil, ancorada na compra de serviços privados. No que diz respeito à implementação do sistema previdenciário, o setor privado da saúde ganhou maior institucionalidade no governo militar, em razão da unificação dos institutos em 1966 pelo INPS e com o posterior advento do INAMPS em 1974. Na tentativa de integrar os serviços de saúde privados e filantrópicos na descentralização provocada pelo SUS, o Estado delegou aos municípios e estados a função de firmar contratos e convênios com particulares, com o devido acompanhamento do seu desempenho.

O setor privado de saúde possui muitas conexões com o setor público, fazendo com que os serviços de saúde do Brasil sejam considerados complexos e segmentados, com diferentes padrões de acesso, qualidade e integralidade da atenção. Ao regulamentar o SUS, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1980, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, possibilita ao setor privado a participação em caráter suplementar nesse sistema, por meio de contrato regido por normas de direito público. As dificuldades de criação e manutenção de um modelo de gestão pública no SUS que tenha condições de assegurar a prestação dos serviços à população sem depender do setor privado são abissais. (KERIG, ROMANO; SCATENA, 2015).

O mérito da CF é tratar as ações e serviços de saúde com enfoque no bem-estar social, pontuando que o sistema adotado envolve tanto a participação do setor público, quanto da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde à população. Verifica-se que algumas dificuldades assolam o SUS, como as questões relacionadas à incorporação tecnológica, o crescimento demográfico desigual, a pobreza e o aumento da expectativa de vida da população que, se por um lado representa um forte indicador de desenvolvimento humano, por outro, o crescimento da população idosa implica em complexidades na compatibilização do amoldamento das políticas públicas diante das novas exigências da sociedade, com um orçamento deficitário. Mesmo que o sistema público envolva prestadores públicos e privados, a participação do ente privado, nessa forma de participação, se dá em regime público, submetendo-se às regras características dos serviços públicos, inclusive no que tange às questões de contratação e responsabilização civil. (GREGORI, 2007).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, estabelece que quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, sendo devidamente observadas as normas de direito público. Ressalte-se que os critérios e valores para a remuneração desses serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde. Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, sendo mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. Ainda, aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no SUS.

O sistema tipicamente privado envolve, em menor parte, a prestação direta dos serviços por profissionais e estabelecimentos de saúde ou, na sua maior parte, pela intermediação dos serviços, mediante a cobertura dos riscos de assistência à saúde, pelas operadoras de planos de saúde. O sistema de saúde no Brasil se caracteriza pelo seu hibridismo, sendo traço marcante a interação entre os serviços públicos e a oferta privada na prestação de serviços de assistência à saúde.

Como já é do conhecimento, o sistema de saúde é formado por dois subsistemas: o público, que é composto pela rede própria e pela conveniada/contratada ao SUS, e o privado, que é representado pela rede particular de serviços de saúde não atrelados ao SUS. A Lei

Orgânica da Saúde²⁶, ao abordar o conjunto de serviços privados de assistência à saúde, fez referência pontual aos estabelecimentos de saúde que, em decorrência da sua insuficiência de serviços estatais, complementaram a assistência médico-hospitalar dentro do SUS. É essa participação que é firmada por meio de contrato ou convênio, sendo que as normas de atuação e os valores de remuneração são estabelecidos pelo Poder Público. Tal contexto do subsistema público se tornou conhecido como setor privado complementar.

Porém, o setor privado de saúde é também composto por estabelecimentos que não possuem qualquer vínculo com o SUS, mas que prestam serviços à população mediante pagamento direto ou por planos privados de assistência à saúde, sendo denominado de suplementar. A coexistência de dois sistemas distintos de saúde, o público e o privado, é viável, eis que mostram interação e o relacionamento entre eles é de fundamental importância para o bom funcionamento da política de saúde no Brasil. Portanto, constata-se que cabe ao Estado a definição de políticas públicas adequadas, especialmente no que diz respeito ao direcionamento do orçamento estatal para a área respectiva, eis que é necessário o fortalecimento do sistema público de saúde, além de permitir que a regulação do setor privado possibilite a correção de falhas, garantindo a qualidade na prestação dos serviços à sociedade. (GREGORI, 2007).

²⁶ Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências". (BRASIL, 1990).

4. AS SOCIEDADES COOPERATIVAS E OS DESAFIOS DA REGULAÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE NO BRASIL

A estruturação da saúde suplementar no Brasil é fundamentada por todo um arcabouço normativo regulatório. A construção do sistema de saúde suplementar foi marcada por intensas disputas entre os setores envolvidos e, por isso, tornou-se imperativa a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com vistas à promoção da defesa do interesse público. Nesse contexto desafiador estão inseridas as Unimeds - Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico, que constituem o maior sistema cooperativo de trabalho médico do mundo.

4.1. A construção do “corpus” da pesquisa

A dissertação em questão se propõe em avançar o debate acadêmico, trazendo para a pauta de discussão os desafios socioeconômicos diante do controle social e da regulação da política pública de saúde suplementar. Os objetivos estabelecidos são: 1) objetivo geral (consiste na análise da problemática): analisar, em que medida a atuação das unimeds configura uma gradativa transferência para o setor privado do dever do Estado em garantir o acesso universal à saúde, considerando a ampliação do controle social e a regulamentação da Política Pública de Saúde; 2) objetivos específicos: I – Aprofundar histórica e teoricamente a função do Estado como provedor de serviços e direitos sociais a partir de sua vinculação substantiva com a sociedade civil organizada; II - Identificar e compreender o papel dos atores sociais envolvidos na implementação da saúde suplementar brasileira, tendo em vista os mecanismos de regulação e regulamentação vigentes; III –Avaliar a atuação das unimeds diante da regulação da Política Pública de Saúde Suplementar; e IV - Analisar a função e os impactos da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil.

Diante disso, a problemática delineada é apresentada da seguinte forma: em que medida a atuação das unimeds configura uma gradativa transferência para o setor privado do dever do Estado em garantir o acesso universal à saúde, considerando a ampliação do controle social e a regulamentação da Política Pública de Saúde?

A pesquisa realizada nesta Dissertação foi estruturada com base na construção da base teórica sobre o tema proposto. Foram realizadas pesquisas bibliográficas e documentais, com ênfase em artigos científicos e documentos oficiais da ANS e do MS, além do texto constitucional de 1988. Foram feitas entrevistas com atores sociais da Unimed Cerrado

(situada em Goiânia/GO) e do Ministério da Saúde - MS. No que diz respeito à ANS, apesar de muitas tentativas, os representantes do Núcleo de Brasília não aceitaram fazer a entrevista, informando que não poderiam falar em razão de orientação dos órgãos superiores dessa agência reguladora. Vários contatos também foram realizados com a ouvidoria da ANS, mas nenhum foi frutífero. Observa-se que os servidores das agências têm receio de expor tanto o entendimento institucional como o próprio entendimento pessoal acerca da atuação e objetivos regulatórios da ANS. Pelo fato de possuírem gratificações em razão dos cargos que ocupam não se manifestam.

A entrevista realizada com a gestora do Ministério da Saúde se deu de maneira distinta das demais, especialmente porque ela informou que não falaria em nome do Ministério da Saúde, mas se manifestaria como gestora, externando as ideias em que acredita. Inicialmente, expôs que o conjunto de perguntas encaminhadas é bastante complexo e traz uma grande preocupação para o desenvolvimento da política de saúde e do SUS no cumprimento dos seus princípios constitucionais. E é nessa perspectiva que algumas questões foram por ela colocadas.

A escolha desses atores sociais foi motivada pelo tema abordado, eis que é no setor público que se desdobra a formulação da política pública de saúde suplementar, cabendo ao setor privado a sua execução e a assunção dos desafios desse mercado, que se encontra em gradativa expansão diante das dificuldades enfrentadas pelo sistema público de saúde. A pesquisa foi desdobrada por meio de entrevistas semi-estruturadas, com roteiro previamente elaborado.

As técnicas de análise utilizadas foram a Pesquisa Qualitativa e a Análise de Conteúdo - AC.O que caracteriza a AC é o fato dela trabalhar com o conteúdo, com a denominada materialidade linguística através das condições empíricas do texto. Assim, a pesquisa qualitativa centra atenção aos aspectos da realidade que não podem ser quantificados, focando na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

O interesse fundamental dos pesquisadores qualitativos está na tipificação da variedade de representações das pessoas no seu mundo vivencial. As formas como as pessoas se relacionam com objetos em seu mundo, sua relação sujeito-objeto, é vista por meio de opiniões, atitudes, sentimentos, explicações, estereótipos, crenças, identidades, ideologias, discurso, cosmovisões, hábitos e práticas. Por certo, o pesquisador qualitativo deseja entender as distintas ambiências sociais no espaço social, tipificando estratos sociais e funções, ou combinações deles. Os ambientes sociais ocupam um espaço social e podem ter um projeto de

interesse e de investimento comuns que justifique as representações específicas. (BAUER; GASKELL, 2002).

Na delimitação do tema, procedeu-se à análise da política pública de saúde suplementar, dada a relevância do direito e do acesso à saúde, estabelecidos nos arts. 196 e 197 da Constituição Federal. Nesse contexto, realizou-se narrativa histórico-evolutiva das políticas de saúde suplementar no Brasil, iniciando-se com a gênese do mercado de saúde suplementar até os desdobramentos do controle social e da regulação mercadológica, com foco no aspecto normativo-institucional e no contexto sócio-econômico, refletindo sobre as dificuldades e desafios gerados em razão da forma de prestação desses serviços pelas sociedades cooperativas de trabalho médico, as unimeds. Além disso, destaca-se que a saúde suplementar está sujeita a uma série de políticas públicas a serem implementadas, especialmente aquelas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário, às ações e serviços para a sua promoção.

No que tange ao plano de ordenamento interno, verificou-se a instituição de estruturas e mecanismos de regulação desses setores, especialmente a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e os arranjos contratuais e tarifários informados por regimes de alocação de riscos e preços livremente acordados. Esse conjunto de alterações traz novos atores e múltiplos interesses, muitas vezes contrapostos entre si e que geram tensões entre as operadoras de planos de saúde, usuários e ANS.

Inclusive, os órgãos de defesa dos consumidores, principalmente o Ministério Público e o Procon, atuam fortemente na fiscalização dos serviços realizados pelas operadoras de planos de saúde, ampliando o controle social, eis que são órgãos que estabelecem um canal de comunicação direto com a sociedade e, especialmente, com os usuários de planos de saúde.

Ressalta-se que os serviços e produtos disponibilizados pela saúde suplementar, por meio das denominadas operadoras de planos de saúde, atingem um contingente bastante expressivo de pessoas e são constantemente questionados pelos órgãos de defesa do consumidor, especialmente diante da regulamentação produzida pela ANS. Daí a importância de se compreender o papel dos atores sociais envolvidos na implementação da política de saúde suplementar e avaliar a atuação das Unimeds diante da regulação imposta verticalmente pela ANS.

A ANS surgiu como novidade, com vistas à regulação de um setor complexo, sustentado e permeado por uma lógica econômica e composto por atores com interesses contrários. Desse modo, a constituição de uma instituição dentro do Ministério da Saúde com

vistas à regulação do mercado privado implicou em desafios referentes à disparidade entre os interesses capitalistas do mercado particular e os objetivos de proteção social do SUS.

Verifica-se, portanto, a forte influência social e econômica na regulação da política pública de saúde suplementar, o que efetivamente é materializado nas obrigações impostas às Operadoras de Planos de Saúde, no caso específico, para as unimeds. Tal fato gera enorme discussão socioeconômica acerca do aumento de obrigações repassadas ao setor privado. (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

4.2. Unimeds – Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico

A medicina assistencial no Brasil, na segunda metade da década de 1960, passava por um momento de grande efervescência diante das transformações estruturais na Previdência Social. Relembrando, houve a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INPS), que mais adiante se transformaria no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto em 1990 diante da criação do SUS. (UNIMED, 2010).

Em 1966, com a criação do INPS, o governo militar trilhava um caminho em direção à centralização dos serviços de saúde, com o intuito de alargar o atendimento médico à população. Porém, diante da falta de recursos para a saúde, o INPS era um órgão que iniciava as suas atividades com muitas dificuldades na implementação dos seus propósitos.

Nesse período, o governo militar autorizava a formação de empresas de medicina de grupo, a partir da retenção de 5% do salário mínimo de cada empregado, com o objetivo de arcar com os custos do convênio médico nas organizações. Tal situação levou as empresas de medicina de grupo a focarem os seus investimentos nas capitais e nas cidades mais importantes dos estados membros da federação.

Diante da queda no padrão de atendimento, as mudanças conduziram ao surgimento de seguradoras de saúde, à mercantilização da medicina e à baixa remuneração do profissional médico que, diante das impactantes mudanças, ficava impedido de exercer com liberdade e dignidade sua atividade liberal (UNIMED, 2010). A medicina de grupo pautava a sua atuação na baixa remuneração dos médicos e na rapidez dos atendimentos em detrimento da qualidade. (ALBUQUERQUE, 2012).

A primeira cooperativa de trabalho médico brasileira – e também das Américas – foi fundada em 18 de dezembro de 1967, formada a partir de profissionais da área, sob a

liderança do ginecologista e obstetra Edmundo Castilho. Trata-se da Unimed Santos, situada na cidade de Santos/SP. Tal iniciativa deu origem ao Sistema Unimed, a maior rede de assistência médica do Brasil, espalhada em toda extensão nacional e especialmente no interior do país, presente em 84% do território brasileiro.

Inicialmente, o grupo era formado por 23 médicos cooperados, que subscreveram a ata de fundação e deram início à nova experiência no cooperativismo, que até então mantinha vínculos apenas com a área rural. O intuito da criação da cooperativa era a formação de uma organização que garantisse a dignidade de médicos e de pacientes, ou seja: os médicos podendo exercer livremente a sua profissão e os pacientes com acesso à medicina de qualidade e possibilidade de escolha do profissional médico de sua confiança. A criação da cooperativa de trabalho médico foi uma reação alternativa da classe médica à multiplicação de empresas mercantis, que manifestavam interesse em fazer da saúde uma fonte de lucros, com agressiva exploração dos profissionais médicos. (UNIMED, 2012).

Nessa continuidade, a Unimed se tornou o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo e também a maior rede de assistência médica do Brasil, sendo detentora de 29% do mercado nacional de planos de saúde. Atualmente é composta por 349 cooperativas, mais de 114 mil médicos cooperados, 114 hospitais próprios e 18 hospitais dia, além de pronto-atendimentos, laboratórios, ambulâncias e hospitais credenciados para garantir qualidade na assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar oferecidos, que prestam assistência para mais de 19 milhões de beneficiário em todo País.²⁷ As 349 cooperativas de trabalho médico estão presentes no território brasileiro, com expressiva atuação no interior do país, da seguinte forma:

- a) Região Norte: 12 Unimeds, 4% dos cooperados, 4% dos beneficiários, 1 (uma) federação e 11 singulares;
- b) Região Nordeste: 54 Unimeds, 15% dos cooperados, 10% dos beneficiários, 9 federações e 45 singulares;
- c) Região Centro-Oeste: 36 Unimeds, 8% dos cooperados; 7% dos beneficiários, 5 federações, 45 singulares;
- d) Região Sudeste: 175 Unimeds, 47% dos cooperados, 57% dos beneficiários, 16 federações; 159 singulares;
- e) Região Sul: 72 Unimeds, 26% dos cooperados, 22% dos beneficiários, 4 federações e 68 singulares²⁸.

Há que se registrar que o levantamento do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH dos municípios brasileiros apontou que onde existe uma Unimed há melhor qualidade de vida

²⁷http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49094.

²⁸http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49094.

da população. A capilaridade do sistema Unimed é uma demonstração de que a saúde suplementar não está presente somente nas capitais e nos grandes municípios, mas também nos municípios de pequeno e médio porte, tornando-se um importante diferencial em relação à atuação da medicina de grupo. (ALBUQUERQUE, 2012).

Nos termos expostos pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que “Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências”, especificamente no seu art. 6º, classifica as sociedades cooperativas em singulares, centrais ou federações de cooperativas e confederações de cooperativas. (BRASIL, 1971).

As cooperativas singulares são aquelas constituídas pelo número mínimo de 20 (vinte) pessoas físicas, sendo excepcionalmente permitida a admissão de pessoas jurídicas que tenham por objeto as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas ou, ainda, aquelas sem fins lucrativos. São destinadas à prestação de serviços aos associados, constituídas por médicos, com área de atuação em um ou mais municípios referidos expressamente no estatuto.

As denominadas cooperativas centrais ou federações de cooperativas são as constituídas por, no mínimo, 3 (três) cooperativas singulares, podendo, excepcionalmente, admitir associados individuais. Já as confederações de cooperativas são constituídas, pelo menos, por 3 (três) federações de cooperativas ou cooperativas centrais, da mesma ou de diferentes modalidades. As federações dispõem de área de ação referida expressamente no seu estatuto, destinada à prestação de serviços, ao monitoramento das atividades e à representação política institucional das singulares associadas, podendo ainda operar planos de saúde.

Estruturalmente, o denominado Sistema Unimed é coordenado pela Confederação Nacional das Cooperativas Médicas - Unimed do Brasil, que é a detentora da marca e coordenadora das atividades políticas e institucionais do Sistema. Além da Confederação Nacional - Unimed do Brasil, que é a detentora da marca Unimed, o sistema é também composto pela Confederação de Federações de Cooperativas Unimed do Sul do Brasil - Unimed Mercosul. O papel desempenhado pelas Confederações de Cooperativas é a orientação e coordenação das atividades das unimeds filiadas, especialmente nos casos em que o vulto dos empreendimentos transcendem o âmbito de capacidade ou conveniência de atuação das Centrais e Federações. (ALBUQUERQUE, 2012).

Além de Confederação, Federações e Cooperativas singulares, o Sistema Unimed possui a Unimed Participações, que é a holding controladora das empresas Unimed

Seguradora, Unimed Administração e Serviços e Unimed Corretora. O objetivo fundamental da Unimed participações é a representação dos interesses das cooperativas e do Sistema Unimed junto às empresas controladas na condução dos negócios. (ALBUQUERQUE, 2012).

A Unimed Seguros é a marca institucional da Unimed Seguradora, administrando uma carteira de mais de 6,1 milhões de segurados, contando com 33 produtos nos segmentos de Vida, Previdência e Saúde. A finalidade da Unimed Seguros é a comercialização dos planos de previdência complementar para os médicos cooperados do Sistema Unimed de todo o país. (ALBUQUERQUE, 2012).

Uma das atividades mais significativas no universo cooperativo médico é a formação profissional e, nesse sentido, no âmbito sistêmico, o encargo pertence à Fundação Unimed. A formação profissional não fica adstrita aos médicos cooperados, mas é alargada para dirigentes, gestores e colaboradores, capacitando-os para as transformações no seu ambiente de atuação. (ALBUQUERQUE, 2012).

Ademais, a Unimed do Brasil tem como órgão supremo a Assembleia Geral, que é constituída por delegados das cooperativas confederadas, que possuem o direito de decidir acerca dos negócios afetos ao objeto social, adotando as resoluções necessárias para o seu desenvolvimento e defesa.

Outro órgão importante é o Conselho Confederativo, composto por todos os presidentes em exercício das confederações regionais, federações estaduais, regionais e intrafederativas e da Central Nacional Unimed. Este Conselho Confederativo é o responsável, dentre outras situações, pela deliberação sobre diretrizes e políticas nacionais e internacionais, registro de nomes e logomarcas e contratação dos serviços de auditoria externa. (ALBUQUERQUE, 2012).

Nesse seguimento, o órgão de controle que fiscaliza as operações, atividades e serviços é o Conselho Fiscal, constituído por três membros efetivos e três membros suplentes, eleitos pela Assembleia Geral. Sobre a gestão administrativa dos negócios, esta é realizada pela Diretoria Executiva, sendo formada pelo presidente e seis diretores de áreas. (ALBUQUERQUE, 2012).

Quanto ao funcionamento do Sistema Unimed, este é calcado sob a observância e cumprimento da Constituição do Sistema Cooperativo Unimed. Tal constituição, nos termos do seu art. 1º, é o instrumento contratual de fixação de conceitos, princípios, normas operacionais e de direitos e deveres de seus integrantes.

O Sistema de Sociedades Cooperativas Unimed é integrado exclusivamente pelas cooperativas médicas detentoras do direito de uso do nome e das marcas UNIMED. São objetivos comuns do Sistema Cooperativo Unimed: I) a proteção da marca UNIMED; II) o intercâmbio nacional; III) a proteção da área de ação das Sociedades Cooperativas Unimed (art.3º).

A Unimed Cerrado - Federação das Unimed dos Estados de Goiás e Tocantins e do Distrito Federal, operadora cujos gestores foram entrevistados, foi criada em 7 de julho de 1994. A Federação das Unimed dos Estados de Goiás e Tocantins e do Distrito Federal (Unimed Cerrado) é o órgão máximo do Sistema Unimed na região e representa as 15 Unimed Singulares dos Estados de Goiás, Tocantins e do Distrito Federal, sendo 12 Unimed singulares goianas e 3 tocantinenses. Desde 2004, a Unimed Cerrado também atua como operadora de planos de saúde, administrando as carteiras das Unimed Goinésia, Norte Goiano (Uruaçu/GO), Porangatu e Vale do São Patrício (Ceres/GO) e comercializa planos coletivos empresariais nas modalidades custo operacional, pré-pagamento e parcerias com autogestão.

Em 2016, a Unimed Cerrado fechou o ano com 37.853 clientes. Enquanto federação das Unimed e operadora de planos de saúde, tem por missão a representação política e institucional das singulares filiadas, promovendo a integração e o fortalecimento do cooperativismo e atendimento de excelência para os seus clientes. Na área de atuação da Unimed Cerrado existem 4.602 médicos cooperados e aproximadamente 1 milhão de beneficiários atendidos (Relatório de Gestão e Sustentabilidade de 2016).

4.3. As Unimed diante da interação entre os sistemas público e privado na provisão dos serviços de saúde

O Sistema Cooperativo Unimed consiste na maior rede de assistência médica do Brasil e no maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo. A saúde não pode ser compreendida fora de seu contexto, eis que fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, comportamentais e ambientais causam influência tanto na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população quanto na concepção e estrutura da política e dos serviços ofertados. No caso brasileiro, existem peculiaridades que envolvem a implementação e a análise da política de saúde, das quais serão destacadas três principais.

Em primeiro lugar, o Brasil pode ser considerado o país mais desigual do planeta, diante da posição que ocupa no *ranking* econômico mundial. Essa desigualdade está fortemente vinculada à pobreza e à insuficiência de políticas públicas, cujas consequências são *déficits* nutricionais, falta de saneamento básico, baixa escolaridade, trabalho precário, altos índices de violência e um conjunto de fatores que impactam de forma significativa a ocorrência de demandas para os serviços de saúde.

Em segundo lugar, o Brasil é um país com um contingente de cerca de 208 milhões de habitantes e dimensões continentais, o qual se encontra dividido em cinco regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). Tais regiões são significativamente diferentes entre si, o que gera amplas desigualdades internas (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA; MACINKO, 2011), tornando mais complexa a gestão dos serviços de saúde. Em terceiro lugar, o sistema político-institucional é herdeiro de séculos de colonização e governos autoritários que marcam a história e a cultura latino-americanas de modo geral.

No Brasil, a noção de cidadania e de proteção social foi pautada em padrões eurocêntricos e materializada por elites (internas e externas), as quais engendraram estruturas estatais e práticas meritocráticas e assistencialistas. Os direitos sociais foram previstos pela primeira vez na Constituição Federal de 1934, mas o sistema de proteção social era fragmentado, desigual e centralizado em grandes burocracias (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011). É neste contexto que será compreendida a trajetória da saúde no Brasil.

A saúde suplementar integra o arcabouço da política de saúde, sendo fundamental para o atendimento de milhões de brasileiros. Já foi trazido à lume que o SUS é considerado um "sistema" porque é formado por instituições dos três níveis de poder federativos (municipal, estadual e federal) - ainda que complementado pelo serviço particular privado - e é denominado "único" porque adota a mesma linha filosófica e sistemática de atuação em todo o território nacional.

Dessa maneira, bom lembrar que o SUS possuiu os seguintes princípios: universalidade (saúde como direito de todos, independentemente de contribuição previdenciária e de pagamento pelo atendimento, sem qualquer privilégio ou discriminação); equidade (adequação do serviço para atendimento a necessidades diferenciadas); e integralidade (atendimento simultâneo do indivíduo e da comunidade, tendo por base a prevenção e o tratamento através da visão do indivíduo como um todo e da integração entre distintas instituições). O Sistema Único de Saúde tem como função realizar ações de

promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar (baixa, média e alta complexidades).

Pelo que foi anteriormente exposto, observa-se que os sistemas público e privado sempre interagiram na prestação de serviços de saúde no Brasil. Historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado na atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, seja pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. Os planos de saúde no Brasil se inserem neste denso e complexo modelo organizacional, uma vez que as dimensões do financiamento, gerenciamento e provisão de serviços podem ser de responsabilidade pública e privada. (LEAL, 2012).

Nesse sentido, o surgimento do mercado de saúde suplementar remete à década de 1950, conforme abordado no segundo capítulo desta dissertação. Na década de 1960, os convênios celebrados entre empresas empregadoras e médicas (com redes próprias) - mediados pela Previdência Social - estimularam com contundência o empresariamento da medicina em detrimento da prática médica liberal e da autonomia de cada hospital. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no ano de 1966, aumentou o processo de assistência médica prestada pelo Estado, basicamente com a aquisição de serviços privados, diante de uma enorme rede de prestadores espalhada por todo Brasil.

Na década de 1980, a revelação da existência de um grande mercado de planos de saúde ocorreu em paralelo à significativa intensificação da comercialização de planos individuais, ao ingresso de grandes seguradoras no ramo da saúde, à adesão de novos estratos de trabalhadores (especialmente servidores públicos) e à vinculação da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar. (BAHIA; SCHEFFER; DAL POZ; TRAVASSOS, 2016).

Ademais, a Constituição Federal de 1988 estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, mas que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e por pessoa física ou jurídica de direito privado (artigo 197). O artigo 199 dispõe que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, porém segundo diretrizes deste.

Em consequência, em 1998, 24,5% da população brasileira possuía um seguro de saúde – dos quais 18,4% eram planos privados e 6,1% para funcionários públicos. Essa

proporção cresceu para 26% em 2008 e, em 2009, gerou rendimentos de R\$ 63 bilhões (cerca de US\$ 27 bilhões) (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011). Em 2013, 27,9% da população tinha algum plano de saúde (médico ou odontológico). As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores proporções (36,9%, 32,8% e 30,4%, respectivamente) e as regiões Norte e Nordeste, as menores (13,3% e 15,5%, respectivamente). A região Sudeste registrou percentual quase três vezes maior que o verificado na região Norte. Na área urbana (31,7%), o percentual de pessoas cobertas por plano de saúde era cerca de cinco vezes superior ao observado na área rural (6,2%).(BRASIL, 2015).

Com o fortalecimento do SUS, era esperado que a prestação privada de serviços de saúde declinasse consideravelmente, mas isso não aconteceu. O subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público, oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada, sobretudo por recursos privados.

O sistema de saúde tem três subsectores: o público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos três níveis de governo, incluindo os serviços de saúde militares; o privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e a saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsectores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento. (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA; MACINKO, 2011).

Esta dinâmica entre público e privado no Brasil implica em um expressivo obstáculo ao planejamento das ações de assistência à saúde porque promove uma dinâmica de articulação fragmentada e pouco transparente (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013). A falta de coordenação entre os dois setores resulta em duplicações de esforços e recursos e conflitos sobre quem deve pagar. Destaca-se ainda a prática atual de cobrança dos beneficiários de planos privados pelos atendimentos realizados nos postos de saúde do SUS, o que mudaria o caráter suplementar dos planos para complementar. Isto é ainda mais grave se for considerado que os planos privados de saúde nem deveriam existir no Brasil devido ao caráter universal da

política de saúde e aos altos impostos pagos. Neste caso, o fortalecimento das estruturas e serviços públicos deveria ser a principal meta.

Nessa continuidade, a demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas que oferecem tais benefícios a seus funcionários. A partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2004), pesquisadores analisaram a evolução do perfil das pessoas que utilizaram os serviços de saúde entre 2003 e 2008 no Brasil. O SUS responde pela saúde de 190 milhões de indivíduos, enquanto os planos de saúde privados respondem por 49,2 milhões. (PORTO; UGÁ; MOREIRA, 2011; SILVA; RIBEIRO; BARATA; ALMEIDA, 2011).

Dados atuais apontam para 47,9 milhões em dezembro de 2016, queda atribuída à grave e prolongada crise econômica que assola o Brasil desde o começo de 2015. Mais de 1,3 milhão de brasileiros deixaram de ter planos de assistência médica entre março de 2015 e março de 2016, sendo 617 mil somente no primeiro trimestre (ANS, 2016). Cabe destacar que os convênios privados atendem fundamentalmente uma população mais jovem e saudável e oferecem planos com diferentes níveis de livre escolha de prestadores de assistência à saúde. Como a demanda é estratificada pela situação socioeconômica e ocupacional, a qualidade do cuidado e das instalações disponíveis aos empregados de uma mesma empresa pode variar consideravelmente. (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011).

Ademais, a relação entre os setores público e privado é um tema bastante sensível, estratégico e controvertido para o sistema de saúde nacional, pois envolve um campo de disputas de interesses econômicos e políticos. Por um lado, há o argumento de que o Estado sozinho não pode nem deve suprir todas as demandas. Por outro lado, há críticas que afirmam que a expansão contínua do setor privado é subsidiada pelo Estado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar a qualidade da saúde pública e o acesso universal da população aos serviços. A literatura brasileira evidencia duas linhas de análise. A primeira é a chamada linha "naturalizadora", a qual apresenta o mercado de plano de saúde como um dado de realidade ou prescreve a sua expansão como um ideal a ser perseguido pelos formuladores de políticas públicas, baseada em uma concepção econômica liberal.

A segunda, por outro lado, é a linha crítica, a qual argumenta que as bases históricas privatistas no provimento da assistência, desenvolvidas desde a década de 1960, acabaram por determinar a persistência renovada de uma política favorável às empresas de planos e seguros

de saúde de forma contraditória à lógica do sistema público universal (SANTOS, 2006).A própria:

denominação “assistência suplementar em saúde” foi utilizada por agentes do mercado, nos anos 1990, para designar a parcela do setor privado que operava de modo exógeno às relações contratuais com o SUS (...) uma estratégia retórica que apresentava o comércio privado de planos como elemento conceitualmente convergente a um sistema público, dotado de legitimidade política e institucional. Na prática, entretanto, o pólo privado ligado ao comércio de planos de saúde contrapunha-se ao SUS com uma estratégia operacional concorrencial, típica da visão de mercado. (Sestelo, Souza & Bahia, 2013, p. 861).

A articulação público/privada se apresenta como um cenário de relações complexas e não claramente explicitadas, com múltiplos atores e interesses envolvidos no financiamento e na alocação de recursos para a assistência à saúde(empresas prestadoras, operadoras de planos de saúde, agenciadoras e intermediários, o mercado financeiro e o Estado). Nesta seara de interesses, Pagano e Massaro (2014) afirmam que quem mais lucra com o modelo atual da saúde suplementar é a indústria de tecnologia médica, tanto a de medicamentos como a de materiais e equipamentos.

Segundo pesquisa do CREMESP [Conselho Regional de Medicina de São Paulo] (2010), no Estado de São Paulo, 93% dos médicos recebiam benefícios de até quinhentos reais [aproximadamente 145 dólares] (jantares, revistas, amostras grátis, etc.) da indústria; 80% recebem representantes; 77% declaram que conhecem outros médicos, que recebem benefícios de maior valor (cursos, congressos nacionais e internacionais, etc.); (...) 33% presenciaram ou souberam de médicos que recebem comissões por indicações ou que indicam procedimentos, medicamentos, órteses e próteses desnecessários. (PAGANO; MASSARO, 2014, p.5)

Esta dinâmica - corroborada pelos lucros da indústria farmacêutica e de tecnologia médica em geral - é uma importante causa da evolução não sustentável dos custos assistenciais imputados aos planos de saúde - e normalmente atribuídos à ANS devido às constantes atualizações no rol de procedimentos (PAGANO; MASSARO, 2014). Conforme evidenciado, a complexa rede de atores e interesses que envolve a relação entre público e privado no Brasil "constitui um obstáculo ao planejamento das ações de assistência à saúde porque instaura uma dinâmica de articulação fragmentada e pouco transparente" (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013, p. 861).A falta de coordenação entre os dois setores resulta em duplicações de esforços e recursos e conflitos sobre quem deve pagar.

Portanto, da forma como evoluiu e hoje está estabelecida a prática em saúde no Brasil, os planos de saúde privados são uma prioridade para camadas da população que podem pagar por eles, e que não raras vezes se privam de outros gastos para ter esta garantia. A

dependência exclusiva da saúde pública acaba sendo a opção daqueles que realmente não têm outra opção, o que pode ser constatado pelo fato de que as regiões de maior poder aquisitivo (Sudeste e Sul), bem como o Distrito Federal, possuem as maiores coberturas.

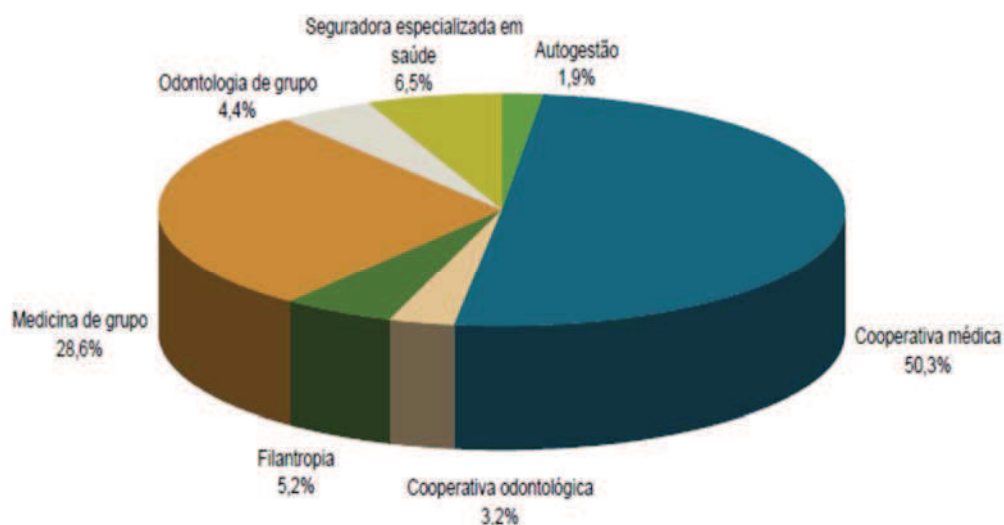
Figura 1 – Mapa de Cobertura dos Planos Privados



Fonte: ANS (2012).

De acordo com dados da ANS (BRASIL, 2004), os planos privados de saúde no Brasil são oferecidos pelas 1.525 operadoras atuantes no setor, sendo 1.122 médico-hospitalares e 403 exclusivamente odontológicas. Tais operadoras são classificadas em quatro distintas modalidades, as quais recebem subsídios do Estado sob a forma de renúncias fiscais e contributivas. No caso das cooperativas, 19,7% para cooperativas médicas e 8% para cooperativas odontológicas.

Figura 2 – Distribuição percentual dos planos de saúde com beneficiários por modalidade de operadora (Brasil – março/2009)



Fonte:

ANS (2009).

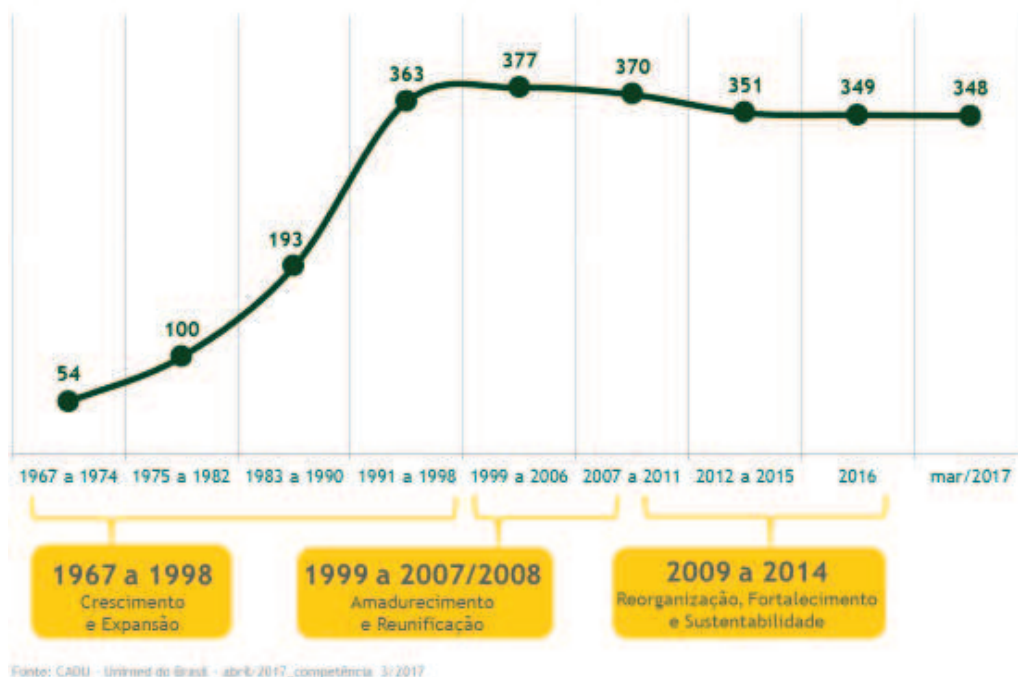
A detenção de parcela do mercado pode estar relacionada a custos reduzidos ou produtos de qualidade superior, mas o mercado de saúde suplementar no Brasil é pouco competitivo. Quanto às receitas das operadoras – que no ano de 2008 foram de R\$59,1 bilhões – 35,6% foram obtidas pelas cooperativas médicas – cuja forma mais representativa são as unimed. Quando a variável analisada é o número de planos registrados por segmento (Figura 1), dos 25.219 planos que estavam registrados na ANS, 50,3% eram de cooperativas médicas. (TEIXEIRA, 2009).

Um estudo divulgado em 2013 pela ANS sobre a qualificação das operadoras que atuam no mercado mostra que 400 cooperativas foram avaliadas com índices entre ótimo e bom. Conforme avaliação da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), o sucesso do cooperativismo de saúde se deve à forte aceitação na sociedade; postura socialmente responsável; maior remuneração e valorização dos profissionais da área; modelo de referência na prevenção e no atendimento à saúde; boa relação com entidades de classe, sociedades e organizações não-governamentais e entidades públicas; difusão de valores e princípios cooperativistas; e solidariedade. As cooperativas de saúde crescem rumo a mudanças significativas de governança, adotando critérios profissionais na sua gestão executiva.

Ao longo do percurso histórico, o sistema de cooperativas Unimed passou por três períodos de evolução: crescimento e expansão (de 1967 a 1998), amadurecimento e

reunificação (de 1999 a 2007/2008) e reorganização, fortalecimento e sustentabilidade (2009 a 2014).

Figura 3 – Evolução do sistema de sociedades cooperativas UNIMED



Fonte: CADU – Unimed do Brasil – abril/2017_competência 3/2017

Hoje, o Sistema Cooperativo Unimed é a maior rede de assistência médica do Brasil e o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo, com mais de 114.000 cooperados e 349 cooperativas.

Além das cooperativas, estão vinculados à Unimed: 114 hospitais próprios e 18 hospitais-dia, pronto-atendimentos, laboratórios, ambulâncias e hospitais credenciados para garantir qualidade na assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar, que prestam assistência para mais de 19 milhões de beneficiários em todo o país. Destaca-se que a Unimed está presente em 84% do território brasileiro e é expressiva no interior do país (em municípios de pequeno e médio porte), tornando-se um importante diferencial em relação à atuação da medicina de grupo. Ela totaliza 4.686 municípios, é detentora de 29% do mercado nacional de planos de saúde e gera 95.000 empregos diretos. Conforme demonstrado na figura abaixo:

Figura 4 – Sistema Unimed do Brasil em Número



Fonte: CADU – Unimed do Brasil – abril/2017_competência 3/2017

Diante da maneira como evoluiu e hoje está estabelecida a prática em saúde no Brasil, os planos privados são uma prioridade para camadas da população que podem pagar por eles, e que não raras vezes se privam de outros gastos para ter esta garantia. A dependência exclusiva da saúde pública acaba sendo a opção daqueles que realmente não têm outra opção, o que pode ser evidenciado pelo fato de que as regiões de maior poder aquisitivo (Sudeste e Sul), bem como o Distrito Federal, possuem as maiores coberturas.

5. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS: a saúde suplementar em questão

No intuito de apresentar os desdobramentos oriundos do controle social e da regulação da política pública de saúde suplementar, este capítulo irá expor o entendimento dos distintos atores sociais que foram envolvidos e, conseqüentemente, a necessidade de maior diálogo entre os setores público e privado com vistas à execução de uma política de saúde suplementar que busque maior eficiência.

5.1. Relações e tensões entre operadoras, beneficiários e Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

No ano de 2004, a ANS iniciou um processo de indução de mudanças na lógica assistencial, por intermédio de incentivos à adoção de programas de promoção da saúde. O intuito de influenciar na qualidade da atenção prestada no setor de saúde suplementar pode ser perfeitamente esboçado pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Nesse programa, a avaliação do desempenho das operadoras de planos de saúde é realizada pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, calculado a partir de indicadores definidos pela ANS, no qual faz parte o cadastramento e monitoramento de projetos de promoção da saúde e prevenção de doenças junto a ela. Porém, o principal centro de atenção regulatória é o rol de procedimentos obrigatórios, bem como o controle de preços dos planos e o tempo de espera para atendimento das necessidades médico-hospitalares. (SILVA; RODRIGUES, 2015).

A tratativa mais moderna e com expressivo potencial de transformação do modelo assistencial, inicia-se a partir do entendimento da promoção da saúde como um campo político e ideológico útil para analisar e atuar sobre os determinantes e condicionamentos do processo saúde-doença. Levando em conta os interesses econômicos que assolam o setor privado de saúde, ao questionar a abordagem de promoção na saúde suplementar, pressupõe-se que predomina uma lógica de racionalização de custos que ultrapassa a oferta de programas, em detrimento de práticas emancipatórias fundamentadas nos princípios da promoção da saúde. Dessa forma, apresenta-se o cenário de múltiplos atores sociais com as suas lógicas e interesses próprios, onde é acentuada uma tensão entre a racionalidade econômica e os interesses dos beneficiários, na presença da indução de programas de promoção da saúde pela ANS.

Há tensões entre as lógicas que orientam a indução política pela ANS, a oferta de programas pelas operadoras e os interesses dos beneficiários. A oferta dos citados programas é apontada como um diferencial de qualidade e cuidado com a saúde dos assistidos. Trata-se de uma das estratégias de marketing utilizadas pelas operadoras e divulgadas por intermédio de informes e material publicitário. (SILVA; RODRIGUES, 2015).

No mesmo sentido, nota-se a existência de tensões marcadas pelo atravessamento do capital, que limitam as intervenções de promoção da saúde a uma abordagem sobre os determinantes individuais da saúde, com pouco alcance das idéias transformadoras de um modelo assistencial que exigiria o investimento na autonomia dos sujeitos, no empoderamento e na participação comunitária. Essas tensões, para as operadoras de saúde, podem ser exemplificadas por meio do rol de procedimentos obrigatórios imposto pela ANS, que incorporam a cada período novos procedimentos e o controle de preços para os produtos oferecidos, especialmente no que diz respeito aos planos individuais.

Na ótica de quem oferece os programas de promoção da saúde, a lógica dominante é a da acumulação do capital, operacionalizada na redução de custos assistenciais, na cooptação e na fidelização de clientes e na transferência de responsabilidade para os beneficiários. Porém, tal processo é tensionado pelos interesses contrários dos sujeitos em disputa. Assim, os clientes aparentam buscar os programas obrigados com outros modos de lidar com a sua própria saúde e acabam encontrando possibilidades de se socializarem, criando vínculos. Desse modo, esses programas se ressignificam na forma de viver dessas pessoas, que passam a ter um espaço de encontro de novas relações subjetivas, num contexto marcado pela carência de cuidado.

Os programas de promoção à saúde passam a representar para os beneficiários espaços novos de produção do cuidado em uma sociedade em que a busca pela atenção é um valor cultural que deve ser redescoberto. Observa-se que os programas de promoção da saúde do setor suplementar trabalham com base em uma biopolítica²⁹, por intermédio de atos que estabelecem os hábitos de vida que são considerados saudáveis pelas hegemonias. No tripé dos interesses em discussão, com destaque para operadoras de planos de saúde, beneficiários e ANS, é mantido um discurso que pretende aproximar a saúde suplementar das diretrizes das políticas públicas, que visualizam a integralidade da assistência, em toda a sua extensão. (SILVA; RODRIGUES, 2015)

²⁹A biopolítica é um campo do conhecimento que permite agregar, aproximar, associar setores da realidade relacionados com a vida, a natureza e o conhecimento, cujas mudanças no decorrer do tempo foram provocadas pela indústria, pela ciência e pela tecnologia, que hoje disputam o campo político-econômico mundial.

Com o intuito de reconhecer e aprovar os programas e, por consequência aumentar a pontuação que traz qualificação para as operadoras de planos de saúde, a ANS impõe normas de acordo com o que entende como prioritário, com lastro na lógica do princípio da promoção da saúde. As prioridades consideradas pela ANS são lastreadas em estudos epidemiológicos nacionais, que apontam para a necessidade de investimentos nas áreas de atenção à criança e ao adolescente, adulto e idoso, saúde da mulher e saúde mental, com atenção especial no estímulo da atividade física, na alimentação saudável, na prevenção e no combate ao tabagismo.

Porém, a inflexibilidade dessas normas, vinculada à limitação ou inexistência de um espaço aberto para discussão acerca dos programas desenvolvidos, implica em conflitos e resistências. Essa situação conflituosa, formada pela discordância entre os interesses expostos por operadoras, beneficiários e ANS, encaminha para uma discussão sobre os desafios da regulação perante um sistema de saúde dual, com objetivos contrários. Levando em conta os objetivos fundamentais do mercado privado de saúde, fica claro o desafio de se regular práticas de saúde fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS, que incluem a promoção da saúde como proposta de enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, tendo a integralidade por fundamento.

As ações regulatórias desenvolvidas pela ANS, no contexto dos programas de promoção da saúde, apresentam lacunas que encaminham para a necessidade de ações com expressivo potencial para a promoção do funcionamento correto dos serviços prestados, por meio do controle de qualidade das práticas de saúde oferecidas e da educação dos clientes de planos de saúde quanto aos seus direitos. (SILVA; RODRIGUES, 2015)

Em sua agenda regulatória, a ANS definiu um conjunto de temas estratégicos para o período de 2016-2018, com quatro eixos estruturantes, quais sejam: Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial; Sustentabilidade do Setor; Integração da Saúde Suplementar com o Sistema Único de Saúde (SUS) e Aprimoramento das Interfaces Regulatórias.

No eixo Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial, os macroprojetos tem por escopo o aperfeiçoamento do modelo de prestação dos serviços e de financiamento, com foco na qualidade. Com relação ao eixo Sustentabilidade do Setor, os macroprojetos buscam: aprimorar as regras para comercialização dos planos individuais e coletivos e também estimular a eficiência, concorrência e transparência, bem como a escolha empoderada e consciente dos consumidores quando forem avaliar e escolher um produto no mercado de planos de saúde. Entre os objetivos, estão a gestão dos custos com redução de desperdícios e

o estímulo ao consumo consciente. No que diz respeito ao eixo Integração com o SUS, a ANS definiu como objetivos o aprimoramento das interfaces da regulação dos serviços; análise regionalizada da prestação dos serviços; e desenvolvimento do Registro Individualizado de Saúde – acesso e portabilidade de informações. Já o eixo que dispõe sobre o Aprimoramento das Interfaces Regulatórias, traz como macroprojetos o desenvolvimento do processo de gestão de riscos institucionais; o aperfeiçoamento da relação com o setor; o fortalecimento da articulação com os órgãos do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, Ministério Público, Defensoria Pública e com o Poder Judiciário; além do aprimoramento da qualidade regulatória³⁰.

No que tange aos aspectos regulatórios, é importante dizer que a ANS dispõe de 426 Resoluções Normativas, além dos outros instrumentos regulatórios, como as 23 Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU; 95 Resoluções da Diretoria Colegiada - RDC; 29 Súmulas Normativas e inúmeras Instruções Normativas das cinco Diretorias da ANS (Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, Diretoria de Gestão - DIGES, Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, Diretoria de Fiscalização - DIFIS, Diretoria de Normas e Habilitação dos produtos - DIPRO) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017). Portanto, constata-se que o arcabouço normativo regulatório é bastante denso.

Especialmente no caso das unimed, os departamentos de Medicina preventiva oferecem programas para que os beneficiários vivam com mais saúde e qualidade de vida. A elaboração de estratégias com condições para reduzir custos e contribuir com a sustentabilidade financeira das instituições não deve ser sublimada, especialmente aquelas que tratam de promoção da saúde e prevenção de doenças, que permitem o monitoramento de clientes com maiores possibilidades de serem submetidos aos procedimentos de custo elevado em razão das condições de saúde fragilizadas.

Portanto, há uma equipe interdisciplinar, composta por enfermeira, técnica de enfermagem, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta e médico coordenador. Também são realizadas palestras com os médicos cooperados e demais profissionais da área de saúde, atividades físicas semanais orientadas por profissionais capacitados, orientações nutricionais e psicológicas, além do monitoramento e acompanhamento presencial ou por telefone dos sinais vitais. Além disso, há disponibilização de acompanhamento domiciliar dos beneficiários com patologias crônicas. (UNIMED, 2017).

³⁰ <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3114-agenda-regulatoria-da-ans-tem-foco-no-aprimoramento-das-acoes-2>, em 02/10/2017, às 16:30h.

Nesse sentido, diante das medidas preventivas adotadas que além de atender a uma disposição regulatória contribuem no monitoramento e prevenção de possíveis situações dispendiosas sob o prisma dos custos médico-hospitalares, as unimeds apresentam uma racionalidade mercadológica que colide com a idéia que permeia a indústria farmacêutica e de tecnologia médica em geral, pois trabalhar na prevenção significa minimizar expressivamente o uso de medicação de alto custo e a utilização de órteses e próteses.

5.2. Os Atores Sociais e a implementação da saúde suplementar

No âmbito da Unimed Cerrado, sob a ótica da gestão de uma operadora de planos de saúde, é perfeitamente possível depreender que a regulação realizada pela ANS, especialmente na edição de instruções e resoluções normativas, trazem grande impacto nos custos e no planejamento da cooperativa no mercado de saúde suplementar. A entrevista na unimed foi realizada com dois gestores (direção e administrativo), aqui ficticiamente denominados de UNI 1 e UNI 2.

Existe um impacto no custo administrativo, as operadoras precisam manter uma estrutura administrativa para atender as obrigações da referida Agência. O custo assistencial também sofre impacto, quando procedimentos, novas tecnologias, medicamentos e materiais são incluídos na cobertura obrigatória, sem que os mesmos fizessem parte do cálculo atuarial das mensalidades. Outro aspecto que aumenta o custo das operadoras é o fato de que a operadora só pode negar algum procedimento através da instauração de junta médica, a qual tem um custo considerável, muitas vezes, até maior do que o custo do próprio procedimento. (UNI 1)

Nesse mesmo contexto, observou-se o impacto da regulação na relação da cooperativa com os médicos cooperados, especialmente no que diz respeito aos serviços solicitados por eles. Diante da rigidez normativa imposta pela ANS, as operadoras encontram dificuldades em negar procedimentos solicitados pelos cooperados, procedimentos estes que muitas vezes não possuem indicação clínica e nem estão calcados na medicina baseada em evidências. Tal fato acaba gerando conflito entre a cooperativa e os médicos cooperados, ocasionado advertência formal e até mesmo a exclusão deles da cooperativa, pois os médicos devem prescrever os procedimentos que são baseados em evidência, que tenham respaldo da literatura médica.

Um problema interno vivenciado pelas unimeds é o excesso de exames auto gerados por alguns cooperados, muitas vezes desnecessários para os casos que são atendidos. No

mesmo contexto, existem casos em que mesmo prescritos e cobrados pelos médicos, os procedimentos efetivamente não são realizados nos pacientes.

As auditorias médicas precisam redobrar a sua atenção diante dessas situações prejudiciais, envidando esforços para identificar os médicos cooperados que, na sua atuação e, possivelmente, falta de compreensão da cultura cooperativista, acabam reproduzindo uma racionalidade econômica de mercado cujo objetivo único é o lucro, deixando em segundo plano os princípios sociais e humanos. Ainda, os conselhos técnicos das unimeds devem ser mais provocados com vistas ao procedimento de abertura de processos disciplinares, pois tal postura pode ser balizadora no sentido de intimidar a adoção desses comportamentos aéticos e anticooperativistas.

A formação cooperativista dos médicos precisa ser permanente com ênfase nos princípios norteadores das sociedades cooperativas, que deveriam torná-las diferenciadas dos outros tipos de operadoras na prestação dos serviços, especialmente em razão do sétimo princípio³¹, denominado interesse pela comunidade. As cooperativas, especialmente as unimeds que tem uma área de atuação geográfica delimitada, devem contribuir para o desenvolvimento sustentável das comunidades. A lógica utilitarista deveria ser uma preocupação cotidiana dos cooperados, sendo utilizada como um critério geral de moralidade.

Sobre o contexto regulatório da ANS, especialmente acerca da farta edição de instruções e resoluções normativas, a influência regulatória na atuação da cooperativa no mercado de saúde suplementar é evidente. Cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica própria, constituídas para prestar serviços aos seus associados. Assim, conforme dito pela Unimed Cerrado:

a edição de várias instruções e RN sem levar em conta que a cooperativa não é uma empresa mercantil e tem legislação específica além de praticar os princípios do cooperativismo muitas vezes traz transtornos enormes para o dia a dia da cooperativa.(UNI 1)

O reconhecimento e o respeito da sua natureza jurídica como sociedade cooperativa é um ponto de constante reivindicação das unimeds perante a Agência Nacional de Saúde e demais órgãos fiscalizatórios, conforme foi exposto pelo médico gestor entrevistado. As sociedades cooperativas possuem significativas diferenças em relação às sociedades mercantis. São fundamentadas em princípios que foram frutos de intensa luta social e

³¹ São princípios cooperativistas: 1) adesão voluntária e livre; 2) gestão democrática; 3) participação econômica dos membros; 4) autonomia e independência; 5) educação, formação e informação; 6) intercooperação; 7) interesse pela comunidade.

possuem compromissos com a comunidade na qual estão inseridas. Por não buscarem o lucro na sua atividade, as cooperativas, em geral, oferecem produtos e serviços a preços mais acessíveis para a comunidade.

Reconhecer a natureza jurídica das unimedS como sociedades cooperativas, possibilita que o arcabouço regulatório advindos da ANS e demais órgãos de controle devesse ser específico, atentando para as particularidades dessas sociedades, o que também implica na possibilidade dos serviços serem disponibilizados para a população a preços mais acessíveis. A ANS não disponibiliza tratamento diferenciado para as cooperativas de trabalho médico, que possuem regime legal específico (Lei. 5.764/71), colocando-as no mesmo patamar das sociedades mercantis. Ainda, nesse sentido, destaca-se a Política Nacional de Responsabilidade Social do Sistema Unimed, lastreada nos valores cooperativistas, fundamentados na ética e transparência de suas ações, com a finalidade de buscar transformações sociais e ações perante a sociedade.

Acerca da atuação dos órgãos de defesa do consumidor (Ministério Público e o Procon), que configuram o denominado controle social, que são embasados nas instruções e resoluções normativas editadas pela ANS, em grande parte das vezes os atos normativos editados pela ANS não são levados à cabo por esses órgãos, nem mesmo o contrato que foi firmado entre as operadoras e os seus clientes. A partir do momento em que a ANS baixa uma Resolução Normativa, os órgãos de defesa vão se basear nesses fatos para forçar as operadoras a conceder procedimentos solicitados pelo médico assistente.

A posição externada pela Unimed Cerrado revela a maleabilidade no acatamento das disposições normativas impostas pela ANS pelos órgãos de defesa do consumidor, que, em regra, deveriam ser os primeiros a levar à cabo o contrato firmado entre a operadora e o cliente. O controle social realizado pelos órgãos de defesa do consumidor tem forte tendência a ser levado em conta na formulação da elaboração normativa para o setor de saúde suplementar.

Diante do alargamento de procedimentos que precisam ser cobertos pelas operadoras de planos de saúde, uma das formas encontradas para manter o equilíbrio econômico é o agendamento futuro de procedimentos médicos e exames de imagens e de alta complexidade, por vezes, inclusive, com limitação mensal para a realização dos mesmos. Assim, as operadoras acabam retardando os procedimentos que não enquadrados com de urgência ou emergência.

Os desafios socioeconômicos da unimed, especialmente com vistas ao planejamento ou construção de cenário para o enfrentamento das novas atribuições designadas pela ANS, encontram similitudes nas posições técnicas e de gestão. Os desafios das unimed, neste momento, é prestar uma assistência médica de qualidade e ofertar planos de saúde com preços mais acessíveis às pessoas de baixa renda, que atualmente sofrem com a dificuldade de acesso aos serviços públicos. No entendimento dos entrevistados, não será uma tarefa muito fácil, tendo em vista o custo da assistência que vem aumentando a cada dia.

Parte considerável das operadoras, inclusive no próprio sistema unimed, não mais comercializam planos individuais, pelo fato do reajuste desses planos ser estabelecido pela ANS, impossibilitando a negociação direta entre os contratantes. Assim, as operadoras não mais disponibilizam esse tipo de produto para venda, passando a priorizar as contratações coletivas, onde os preços e reajustes são tratados diretamente entre as partes contratantes.

Nesse sentido, a própria ANS já está realizando estudos no sentido de viabilizar e incentivar as operadoras a desenvolverem produtos mais acessíveis para abranger usuários com menor poder aquisitivo, especialmente classes D e E. Em matéria disponibilizada em 08/03/17 no sítio "globo.com" (LENHARO, 2017), verifica-se que existem propostas de plano de saúde popular que incluem a modalidade "sem internação nem urgência". Trata-se de três propostas criadas por grupo de trabalho coordenado pelo MS (o grupo teve a participação de mais de 20 instituições ligadas à saúde suplementar) que foram encaminhadas para a ANS, para que seja verificada a legalidade das medidas sugeridas.

A ideia do MS é disponibilizar planos de saúde com preços mais baixos e com cobertura menor do que é exigida pela ANS. Tais planos, por exemplo, não cobririam procedimento de internação, urgência e exames de alta complexidade. O objetivo é possibilitar alternativas aos brasileiros que perderam os seus planos de saúde em razão da crise econômica enfrentada e com o expressivo número de desempregados, além daqueles que possuem condições de arcar com os custos desses planos com cobertura limitada, mas não conseguem adquirir um plano de saúde nos moldes atualmente previstos, com todas as disposições constantes no rol de procedimentos. Desse modo, tal postura adotada traduz a ideia de que o poder público estaria incentivando a ampliação da saúde suplementar, eximindo-se das suas obrigações.

Há que se ressaltar, também, que a judicialização é um tema preocupante para as operadoras de planos de saúde, pois em grande parte dos casos o Poder Judiciário obriga as operadoras a dar cobertura a procedimentos que não estão no rol de procedimentos

obrigatórios, alguns ainda em fase experimental. A judicialização da saúde, também conhecida por ativismo judicial, traz significativas elucubrações sobre os princípios da Dignidade Humana e do Mínimo Existencial em saúde (conjunto de bens indispensáveis para satisfação dos seus direitos fundamentais primários).

O sistema unimed tem realizado encontros e seminários com representantes do Poder Judiciário, com vistas a viabilizar um maior diálogo entre os atores sociais envolvidos, especialmente diante das decisões judiciais exaradas que, se não forem fruto de reflexão institucional, poderão gerar a inviabilidade da prestação de serviços por parte das operadoras.

A maior crítica estabelecida ao Princípio da Dignidade diz respeito à sua plasticidade e à sua ambiguidade, que permitem a sua invocação retórica em qualquer situação jurídica. Desse modo, o grande desafio da função jurisdicional é estabelecer os limites, a extensão e o alcance da dignidade da pessoa humana, verificando quais são os fatos que autorizam a invocação do princípio para a proteção do direito fundamental à saúde. Nesse sentido, a dignidade da pessoa humana não pode ser invocada isoladamente para a resolução de todos os casos sobre saúde, pois abstratamente não há a sua prevalência em todo e qualquer confronto fático e jurídico. (SHULZE; GEBRAN NETO, 2015).

No entendimento de Varela e Ceschin (2014, pág. 86), ex-presidente da ANS

Quando uma pessoa contrata um plano de saúde, acredita que ele vai substituir completamente o SUS, o que não é verdade. A saúde é suplementar justamente por causa disso: cobre grande parte dos procedimentos, mas algumas coisas ela não cobre. Cabem ao SUS, por exemplo, as coberturas para vacinas e para determinados tipos de transplante. Também não vejo as operadoras de saúde preocupadas em deixar isso claro para o consumidor, e assim se propaga a falsa ideia de que a pessoa, uma vez na saúde suplementar, tem direito a tudo, e jamais vai recorrer ao SUS. O que não é verdade. Se fosse assim, a lei precisaria mudar e definir para a saúde suplementar um padrão de cobertura contratual universal, como é a do SUS, o que evidentemente custaria mais caro. As pessoas precisam saber quais são as situações em que vão ter que contar com o SUS, mesmo tendo um plano de saúde. Isso precisa ficar mais claro, até para que se reduza a judicialização na saúde suplementar.

Com a regulação econômico-financeira, normatizou-se os requisitos de entrada, funcionamento e saída das operadoras do mercado. A regulação da assistência implantou o plano referência, cuja oferta é obrigatória e estabelece atendimento integral à saúde, sem exclusões ou exceções de coberturas, cobrindo todas as doenças classificadas no Código Internacional de Doenças – CID. Para fins de proteção ao consumidor, foram editadas regras para o controle de reajustes de preços nos planos individuais e das faixas etárias, proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral do contrato e garantia de direitos aos aposentados

e demitidos (ALVES, 2015). Apesar do mercado de saúde suplementar já ser regulamentado antes mesmo da criação da ANS, a novel regulação trouxe maior segurança jurídica para os consumidores e, ao mesmo tempo, uma série de novas obrigações para as operadoras.

Para esta discussão, o MS (GESTOR MS) destacou o princípio da Universalidade, de forma a dialogar com o seu conjunto de questões. Para declinar sobre as questões pontuadas, a gestora fez menção ao conceito de saúde como a resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde, tomada como medida de determinações sociais e perspectiva de conquista da igualdade, tal como definida na VIII Conferência Nacional de Saúde, é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Para o GESTOR MS, este é o conceito que embalou os sonhos da Reforma Sanitária Brasileira, podendo compreendê-lo como parte do processo de redemocratização do país e, guardadas as devidas proporções, atualmente mantém acesso no ideário de luta pelo SUS e em defesa das políticas sociais. Reproduzindo os discursos dos sanitaristas e militantes, o SUS representa uma grande conquista da sociedade brasileira e a responsabilidade política e social assumida pelo Estado em defesa do direito universal à saúde como um direito fundamental que assiste a todos, vinculado ao princípio da dignidade da pessoa humana e ao direito à vida, reafirmando o SUS como política pública inclusiva e promotora de cidadania.

Portanto, no seu entender, não se trata do “SUS para pobres”. Na prática, a opção brasileira pelo direito universal à saúde sempre conviveu e competiu com o mercado privado, pois a própria Constituição assegura a participação do mercado privado no SUS em caráter complementar. No entanto, nos últimos anos, essa discussão ganhou novos contornos pelo debate entre o direito universal à saúde e a exploração da saúde como um grande negócio com alto potencial de crescimento, surgindo na primeira década deste século a discussão da Cobertura Universal à Saúde em contraposição ao direito universal. Evidentemente que esse debate se relaciona com o fortalecimento do papel do setor privado na oferta de seguros e serviços de saúde.

O GESTOR MS afirma que desde 2005, a

OMS vem trabalhando a idéia da cobertura universal à saúde que indica a participação do mercado privado como um mecanismo de “proteção” ao risco financeiro inerente aos sistemas de saúde que, teoricamente, não dispõe de mecanismos públicos de financiamento suficientes para assegurar ou garantir o

direito universal à saúde. O conceito de cobertura universal de saúde corrobora com idéia de que os sistemas de saúde devem ser sustentados por mecanismos e serviços privados de saúde e, desta forma minimizar os riscos de sub financiamento. Importante destacar, que existe uma resolução da ONU em favor da cobertura universal à saúde e com voto favorável do Brasil(GESTOR MS)

Recentemente, observou-se mais uma daquelas votações obscuras no Congresso Nacional e que culminou com a publicação da Lei nº 13.097/2015 autorizando a abertura ao capital estrangeiro para a oferta de serviços de saúde. A publicação desta Lei provocou uma onda de manifestos de entidades ligadas ao Movimento da Reforma Sanitária, entre outras, contrários às alterações impostas à Lei 8.080/90 e que estão atuando fortemente na mobilização política em prol da inconstitucionalidade da Lei 13.097/2015.

O ponto central dos manifestos relaciona-se com a defesa do direito universal à saúde, estabelecido na Constituição Brasileira e qualificado como um direito fundamental que assiste a todos, vinculado ao princípio da dignidade da pessoa humana e ao direito à vida, cláusula pétrea e que entende que não pode ser alterada nem mesmo por proposta de emenda constitucional. Fundamentado na garantia constitucional do direito à saúde como resultado de uma escolha da sociedade brasileira marcada pelo movimento da Reforma Sanitária e que se baseou em experiência exitosas de outros países na composição de sistemas públicos de saúde universais baseados no direito à cidadania. E, portanto, a vedação à participação do capital estrangeiro era entendida como um mecanismo importante para limitar a atuação do mercado privado e suas interferências no desenvolvimento da política pública de saúde.

Os arts. 23 e 53-A da Lei 8.080/90 abrem o mercado brasileiro à plena participação do capital estrangeiro nas ações e serviços de saúde sem estabelecer como se dará o processo regulatório pelo Estado, a considerar que permanece inalterada a Lei Orgânica da Saúde como reguladora em todo o território nacional das ações e serviços de saúde executados, seja pelo público ou pelo privado. Observa-se que o conjunto de ações e serviços abertos ao capital estrangeiro representam toda a estrutura de ações e serviços de saúde que compõe o SUS, incluindo o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico.

Sem um marco regulatório, estabelece-se uma clara concorrência entre o Sistema Público de Saúde e o mercado privado da saúde, que passa a acessar o grande mercado brasileiro com disposição em investir na construção de sistemas de saúde baseados na lógica do seguro e não da proteção social, contribuindo para recrudescer as iniquidades sociais com sérios riscos à limitação do acesso às ações e aos serviços de saúde pelas populações mais vulneráveis.

Enquanto a lógica organizativa do SUS está fundamentada na regionalização de ações e serviços de saúde, no fortalecimento da Atenção Básica e na garantia do acesso mesmo em situações de populações dispersas de baixa densidade populacional e com baixa oferta de serviços, a lógica organizativa do privado fundamenta-se nos interesses econômicos, na lei da oferta e da procura, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, com forte tendência da entrada do capital estrangeiro ser direcionada para as regiões do país com mercado consumidor em potencial, reafirmando os vazios assistenciais existentes no país e contrapondo de forma importante a lógica organizativa do SUS.

Certamente, no entendimento do MS, compreende-se como premissa que o modelo de financiamento precisa dar sustentabilidade ao sistema de atenção à saúde e acompanhar a modelagem do sistema de saúde de forma a absorver os custos incrementais decorrentes da incorporação tecnológica, sobretudo das mudanças e características do perfil epidemiológico e demográfico da população. Mas é importante destacar que diversos estudos apontam para o desequilíbrio entre o objetivo do SUS em assegurar acesso universal e integralidade do cuidado com o baixo gasto público em saúde praticado no Brasil.

A OMS identifica o Brasil como o único país com sistema de saúde universal onde o gasto privado em saúde é maior que o gasto público. O MS defende que é absolutamente impossível garantir serviços integrais de boa qualidade com o atual nível de gasto público com saúde e considera que mesmo com ganhos de eficiência, sempre possíveis, pois muitos são os exemplos de desperdícios, para melhorar os serviços do SUS são necessários mais recursos.

Para o MS, existe sim um trabalho desenvolvido no âmbito das três esferas de governo pautado na construção permanente em busca da qualificação da gestão da saúde sempre visando a entrega à população de ações e serviços de saúde, oportunos e qualificados, prestados com eficiência. São muitas as iniciativas exitosas e alguns resultados do SUS são extremamente importantes, mas apenas reconhecidos por organismos internacionais ou pouco explorada no âmbito nacional. A comunicação com a população sobre os resultados sanitários do país é extremamente frágil.

O Brasil é o maior sistema universal de saúde do mundo, tem o melhor programa de vacinação pública do mundo, possui um dos maiores sistemas nacionais de transplante, sendo que o maior volume de procedimentos e atendimentos de alta complexidade e de alto custo realizados no país são financiados no SUS. Dispõe de uma das melhores e mais respeitadas

agências de vigilância sanitária do mundo, entre outros resultados importantes. É inegável que ainda se tem baixa eficiência na aplicação dos recursos e há muito a melhorar, mas como avançar na política de saúde e no cumprimento dos princípios constitucionais do SUS diante de um cenário de subfinanciamento aliado à baixa eficiência gestora e ao forte interesse mercantilista?

São três situações significativas pra o MS: subfinanciamento, baixa eficiência gestora e interesse mercantilista. Retoma-se, nesse contexto, a necessidade de alargamento dos diálogos entre a ANS e as operadoras de plano de saúde, no intuito de aprimorar a compreensão sobre o ideário da promoção da saúde e sobre as estratégias possíveis de implantação de práticas ancoradas nos princípios norteadores referentes à concepção holística, equidade, intersetorialidade, participação social e sustentabilidade.

A Constituição Federal abre espaço para a oferta de serviços privados de saúde, desde que estejam em sintonia com os princípios do SUS. As operadoras de planos de saúde identificam nos programas citados a chance de superação da concorrência de mercados e dos impactantes custos assistenciais. Porém, a lógica mercadológica não leva em conta os indicadores sociais da saúde e não incorpora os fundamentos do SUS.

A ANS estimula a proximidade entre o setor privado e as diretrizes das políticas públicas de saúde, que observam a integralidade da assistência com todas as suas implicações. É fundamental que as políticas regulatórias sejam transparentes, com potencial para ajustar os dois contextos da saúde, possibilitando a organização de ambos, para a oferta de serviços potentes para promover a saúde das pessoas. (SILVA; RODRIGUES, 2015).

Mas os desafios do SUS a curto, médio e longo prazo são grandes, especialmente por ter necessidades de mais recursos e da otimização do uso da verba pública. Nota-se que se investe o dobro de recursos nas internações, cirurgias e transplantes do que em ações básicas de saúde, tais como vacinas e consultas. Alguns problemas são frequentes e visíveis, com grande relevo para a falta de médicos e para o atraso no atendimento em postos, centros de saúde e hospitais e em se conseguir uma consulta com especialista.

No tangente aos impactos da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais, dois fenômenos bem esboçam tal situação: a dupla porta de entrada em hospitais financiados com recursos públicos com a correspondente segregação dos usuários que não possuem plano de saúde, e a figura do ressarcimento das despesas realizadas por clientes de

planos de saúde em hospitais públicos, o denominado ressarcimento ao SUS³² (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

A idéia de "articulação", coerente com a fundamentação teórica da Medicina Social e da Reforma Sanitária brasileira, ao centrar o foco na interface entre os processos sociais e econômicos no campo da saúde, possibilita escapar da armadilha conceitual que, ao não distinguir com qualidade os espaços público e privado, subordina o primeiro ao segundo, submetendo todos os aspectos da vida social à lógica da acumulação do capital. (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

Para Zirolto, Gimenes e Castelo Junior (2013) a saúde suplementar se estabeleceu como importante pilar de sustentabilidade do setor, tornando-se indispensável para o Estado que, aparentemente, não teria como suportar a incorporação de gastos desse setor no orçamento da União. Porém, em contrapartida, depreende-se que a regulamentação do setor tem apontado para um cenário de grande dificuldade de manutenção dos entes privados que participam da saúde suplementar, cuja importância é retratada pelos seus números e sua dificuldade de atuação imposta pelos densos marcos regulatórios.

A importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil, observando não só o grau de satisfação de seus usuários, mas também a possibilidade de sua não existência no Brasil, tornou-se indispensável para o governo. Torna-se salutar perguntar o motivo pelo qual milhares de brasileiros estão se dispondo a pagar por um serviço que, constitucionalmente, já lhes é garantido. Observa-se que o Estado não tem condições de atender a demanda de toda a população brasileira.

Para Zirolto, Gimenes e Castelo Junior (2013):

É evidente o papel central que a Saúde Suplementar tem no sistema de saúde brasileiro. Ou alguém acredita na capacidade do Sistema Único da Saúde de absorver esses milhões de pessoas que atualmente pagam por planos de saúde? Eis um ponto digno de nota. Ao atender a estes 40 milhões de indivíduos, a Saúde Suplementar ajuda o SUS a aperfeiçoar a atenção que oferece aos brasileiros que, infelizmente, não tem condições financeiras de adquirir um plano - são 40 milhões a menos de pessoas nas filas de espera do SUS.

Verifica-se que, por meio de uma legislação crescentemente restritiva e rigorosa, o Estado aparentemente tenta transferir para a saúde suplementar várias de suas responsabilidades constitucionais referentes à saúde pública. Esse movimento traz ameaças à

³²O ressarcimento ao SUS, criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da ANS, é a obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do Sistema Único de Saúde no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, [2017?]).

viabilidade econômico-financeira para o setor privado no longo prazo, bem como ao equilíbrio do próprio sistema nacional de saúde. O tema proposto é desafiador, especialmente porque trata de uma política social bastante sensível e em franca ameaça de esfacelamento diante da intensa regulação que sobre ela se debruça.

O grupo de trabalho coordenado pelo MS (já anteriormente citado) indica que a flexibilização das obrigações das operadoras em um plano de saúde popular possibilitaria o acesso aos brasileiros que poderiam arcar com os custos de tais planos, mas que não tem condições de contratarem os planos que possuem cobertura ampla e são obrigados a prestar todos os serviços constantes do rol de procedimentos estabelecido pela ANS.

Na entrevista realizada, constata-se que ainda se tem baixa eficiência na aplicação dos recursos na saúde pública, e muito há o que melhorar e aperfeiçoar. Porém, os investimentos públicos são insuficientes para o atendimento do volume de demandas, não tendo, desse modo como avançar na política de saúde e no cumprimento dos princípios constitucionais do SUS. Há dependência do SUS em relação à saúde privada, pois os leitos hospitalares e unidades de terapia intensiva da rede pública são insuficientes para o atendimento da população. Ao contratar os particulares para a realização do atendimento médico ambulatorial e internações, o sistema público aporta recursos bastante expressivos. Não há como esconder os interesses particulares no aumento da dependência do SUS em relação aos serviços e instalações que são disponibilizados pelos particulares e, por vezes, por preços superfaturados.

Por razões de ordem política e estrutural, a dotação orçamentária que poderia ser aplicada na implementação e aperfeiçoamento dos serviços públicos é destinada para o pagamento dos serviços particulares, aquecendo fortemente o mercado da saúde suplementar. Portanto, depreende-se forte presença de interesses mercantilistas na manutenção dessa situação, que não tem indícios de mudança no médio prazo.

Na demanda da prestação dos serviços assistenciais, verifica-se a necessidade da ampliação dos espaços de diálogo entre a ANS e as operadoras de plano de saúde, no intuito de aprimorar a compreensão sobre o ideário da promoção da saúde e sobre as estratégias possíveis de implantação de práticas ancoradas nos princípios norteadores referentes à concepção holística, equidade, intersetorialidade, participação social e sustentabilidade. Ainda, nesse sentido, o aprofundamento desse diálogo possibilitaria a reflexão conjunta sobre idéias transformadoras acerca de um modelo assistencial com maior atenção na autonomia dos sujeitos, no empoderamento e na participação comunitária.

Significativo reforçar que a Constituição Federal abre espaço para a oferta de serviços privados de saúde, desde que estejam em sintonia com as premissas do SUS. As operadoras de planos de saúde veem nos citados programas a chance de superação da concorrência de mercados e dos contundentes custos assistenciais. Mas tal lógica mercadológica não leva em conta os indicadores sociais da saúde e não incorpora os fundamentos do SUS. A ANS estimula a proximidade entre o setor privado e as diretrizes das políticas públicas de saúde, que observam a integralidade da assistência com todas as suas implicações. É necessário que as políticas regulatórias sejam cristalinas, com potencial para ajustar os dois contextos da saúde, possibilitando a organização de ambos, para a oferta de serviços potentes para promover a saúde das pessoas. (SILVA; RODRIGUES, 2015).

6. CONCLUSÃO

A pesquisa realizada nesta Dissertação foi estruturada com base na construção da base teórica sobre o tema proposto. Foram realizadas pesquisas bibliográficas e documentais e entrevistas com atores sociais da Unimed Cerrado e do Ministério da Saúde - MS. Na delimitação do tema, procedeu-se à análise da política pública de saúde suplementar, dada a relevância do direito e do acesso à saúde, estabelecidos no texto constitucional.

Desse modo, foi realizada uma narrativa histórico-evolutiva das políticas de saúde suplementar no Brasil, com ênfase na gênese do mercado de saúde suplementar até os desdobramentos do controle social e da regulação mercadológica, focando no aspecto normativo-institucional e no contexto sócio-econômico, refletindo sobre as dificuldades e os desafios gerados em razão da forma de prestação desses serviços pelas unimed.

É cediço que a saúde suplementar está sujeita a uma série de políticas públicas a serem implementadas, especialmente aquelas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário, às ações e serviços para a sua promoção. Da maneira como evoluiu e hoje está estabelecida a prática em saúde no país, os planos de saúde privados são entendidos como uma prioridade para camadas da população que podem pagar por eles, e que não raras vezes, se despojam de outros gastos para ter esta garantia. A dependência exclusiva da saúde pública acaba sendo a opção daqueles que realmente não têm outra opção, o que pode ser constatado pelo fato de que as regiões de maior poder aquisitivo possuem as coberturas mais amplas.

Tomando por base os interesses econômicos que assolam o setor privado de saúde, observou-se que prepondera uma tensão entre a racionalidade econômica e os interesses dos beneficiários na saúde suplementar, pela presença da indução de programas de promoção da saúde pela ANS. Desse modo, constatou-se a existência de tensões marcadas pelo atravessamento do capital, que limitam as intervenções de promoção da saúde a uma abordagem sobre os determinantes individuais da saúde, com pouco alcance das ideias transformadoras de um modelo assistencial. Para as operadoras de saúde, essas tensões podem ser exemplificadas por meio do rol de procedimentos obrigatórios imposto pela ANS, que incorporam a cada período novos procedimentos e o controle de preços para os produtos oferecidos. Ainda, para as operadoras que oferecem os programas de promoção da saúde, a lógica dominante é a da acumulação do capital, operacionalizada na redução de custos assistenciais, na cooptação e na fidelização de clientes e na transferência de responsabilidade

para os beneficiários.

No que tange ao impacto da regulação na relação da cooperativa com os médicos cooperados, especialmente no caso dos serviços solicitados por eles, e diante do enrijecimento normativo imposto pela ANS, as operadoras encontram dificuldades em negar procedimentos solicitados pelos cooperados, que muitas vezes não estão calcados na medicina baseada em evidências

Um aspecto que é fundamental para as unimedS é o reconhecimento e o respeito da sua natureza jurídica como sociedade cooperativa perante a ANS e demais órgãos fiscalizatórios. As cooperativas possuem singularidades em relação às sociedades mercantis, que são fundamentadas em princípios que foram frutos de intensa luta social e tendo compromissos com a comunidade na qual estão inseridas. Por não buscarem o lucro na sua atividade, em geral oferecem produtos e serviços a preços mais acessíveis para a comunidade.

O controle social realizado pelos órgãos de defesa do consumidor tem forte tendência a ser levado em conta na formulação da elaboração normativa para o setor de saúde suplementar, o que, indiretamente, acaba impactando no custo assistencial das operadoras de planos de saúde.

Demonstrou-se que, por intermédio de uma legislação crescentemente restritiva e rigorosa, o Estado realiza movimentos de transferência para a saúde suplementar de várias de suas responsabilidades constitucionais referentes à saúde pública. Essa situação coloca em risco à viabilidade econômico-financeira para o setor privado no longo prazo, bem como ao equilíbrio do próprio sistema nacional de saúde. É notória a importância que a Saúde Suplementar tem no sistema de saúde pátrio. No atual contexto, o SUS não teria condições de absorver os milhões de pessoas que possuem planos de saúde.

Ainda, o sistema público aporta recursos bastante expressivos, quando contrata os particulares para a realização do atendimento médico ambulatorial e internações. Assim, é interesse dos particulares o aumento da dependência do SUS em relação aos seus serviços e instalações, por vezes disponibilizados com preços superfaturados. Portanto, é manifesta a robusta presença de interesses mercantilistas na manutenção dessa situação.

Acerca da demanda da prestação dos serviços assistenciais, apontou-se para a necessidade da ampliação dos espaços de diálogo entre a ANS e as operadoras de plano de saúde, com o fito de aprimorar a compreensão sobre os propósitos e as metas da promoção da saúde. A Constituição Federal abriu espaço para a oferta de serviços privados de saúde, desde que estejam em consonância com as premissas do SUS. As operadoras de planos de saúde

veem nos citados programas a chance de superação da concorrência de mercados e dos contundentes custos assistenciais. Porém, essa lógica mercadológica não leva em conta os indicadores sociais da saúde e não incorpora os fundamentos do SUS.

A ANS estimula a proximidade entre o setor privado e as diretrizes das políticas públicas de saúde, que observam a integralidade da assistência com todas as suas implicações. Enfim, é fundamental que as políticas regulatórias sejam cristalinas, com potencial para ajustar os dois contextos da saúde, possibilitando a organização de ambos, para a oferta de serviços tendo em vista a promoção da saúde das pessoas. É fundamental elaborar estratégias com condições para reduzir custos e contribuir com a sustentabilidade financeira das instituições, especialmente aquelas que tratam de promoção da saúde e prevenção de doenças, permitindo o monitoramento de clientes em face das condições de saúde debilitadas. No caso das unimeds, os departamentos de Medicina preventiva, que possuem uma equipe multidisciplinar, oferecem programas para que os beneficiários vivam com mais saúde e qualidade de vida.

Na mesma esteira de raciocínio, as cooperativas podem e devem concentrar maior atenção na formação cooperativista dos seus médicos e colaboradores. É de fundamental importância que os cooperados não enxerguem a Unimed apenas como meio de prestar os seus serviços, por vezes reproduzindo uma lógica eminentemente mercantilista. Se o motivo da criação das unimeds foi justamente ter um caminho alternativo à mercantilização da medicina, os princípios cooperativistas precisam ganhar corpo, tornando-se o sustentáculo do sistema médico cooperativista.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Altair. *Unimed, 45 anos: uma história de paixão pelo Cooperativismo Médico*. São Paulo: Unimed do Brasil, 2012.

ALMEIDA, Nemésio Dario. *A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS*. Revista Psicologia e Saúde, vol. 5, n°.1, Campo Grande, 2013, p. 01-09.

ALMEIDA, Célia. *Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados*. 2ª Edição, Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, Regulação e Desafios da Saúde Suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funaseg, 2015.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. *ANS Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS, 12/2016 e População*. IBGE/DATASUS.ANS, 2012.

ARAGÃO, Alexandre Santos. *Agências Reguladoras e a evolução do direito administrativo econômico*. Rio de Janeiro: Forense, 2. Ed, 2005.

ARRETCHE, Marta. *Estado Federativo e políticas sociais determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2011.

ARRETCHE, Marta. *Trajetórias das Desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos*. 1ª ed., São Paulo: Editora Unesp; CEM, 2015.

BAHIA, Ligia. *Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90*. vol.6, n°.2, Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200005>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

BAHIA, Ligia. *O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada*. vol.14 n°.3, Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300011>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2017.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario; DAL POZ, Mario; TRAVASSOS, Claudia. *Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil*. vol.32, n°. 12, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&Ing=pt&pid=S0192-311X2016001200504> Acesso em: 16 de fevereiro de 2017.

BAHIA, Ligia; SHEFFER, Mario. *Planos e Seguros Privados de Saúde. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª Edição, revisada e ampliada, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In: SARMENTO, Daniel; e SOUZA NETO, Cláudio Pereira de (Coord.). *Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em espécie*. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2008.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Vozes 2002.

BERLINGER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma Sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1988.

BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury; CAMPOS, Gastão W. S. *Reforma sanitária-Itália e Brasil*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.

BOBBIO, Norberto. *Estado, Governo, Sociedade: Para uma teoria geral da política*. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

BOTELHO, André. *Sociologia Essencial*. São Paulo: Pinguim Classics Companhia das letras, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

BRASIL. IBGE. *Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências*. Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015.

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, 1971. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5764.htm>. Acesso em: 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Saude.pdf>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): História*. SUS: [2017?].

Disponível em: <<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>>. Acesso em: 9 de junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *A construção política do Estado*. Lua Nova, São Paulo, 81: 117-146, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n81/a06n81.pdf>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *Uma nova gestão para um novo Estado*: liberal, social e republicano. Revista do Serviço Público, 52 (1), 2001. Tradução direta do inglês, LECTURE, John L. Manion, Ottawa, Canadá, 2001. Disponível em: <<http://bresserpereira.org.br/papers/2001/78Ottawa-p.pdf>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2017.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas Públicas*: Reflexões sobre o Conceito Jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social*: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CARNEIRO, Luiz Augusto Carneiro (org). *Planos de saúde*: aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa *Qualitativa*: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 15(4): 679-84, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

CARVALHO, Gilson de Cassia Marques. *O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer a lei*. vol.2, n.º 1, Saude soc., São Paulo, 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0104-12901993000100003. Acesso em: 13 de julho de 2017.

CASTRO Henrique Carlos de O.; MACHADO, Lia Z.; WALTER, Maria Inez M.; RANINCHESKI, Sonia Maria; SCHMIDT; Benício V.; MARINHO, Danilo N. C.; CAMPOS, Tânia Mara de A. *A Satisfação dos Usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Sociedade em Debate, 14(2): 113-134, jul.-dez. 2008.

COHN, Amélia. *Caminhos da reforma sanitária*. n.º 19, Lua Nova, São Paulo, 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102-64451989000400009> Acesso em: 10 de fevereiro de 2017.

CORAZZA, Gentil. *Globalização Financeira*: a utopia do mercado e a re-invenção da política. v. 19, n.º 2, Economia-Ensaios, Uberlândia, 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeconomiaensaios/article/view/1544>>. Acesso em: 26 de junho de 2017.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Saúde*: Descentralização e Democratização. In: Textos Técnicos para Debates. III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas. CES / SESAU / AL, 1996.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Que controle social na política de Assistência Social?* Serviço Social & Sociedade, Ano XXIII n. 72. São Paulo: Cortez, 2002.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Que Controle Social?* Os conselhos de saúde como instrumento. 1ª reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *A Relação Estado e Sociedade e o Controle Social:* fundamentos para o debate. Serviço Social & Sociedade, Ano XXIV n. 77. São Paulo: Cortez, 2004.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Desafios para do Controle Social:* subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

COSTA, Cristina. *Sociologia:* Introdução à Ciência da Sociedade. 2.ed. São Paulo: Moderna, 1997.

COSTA, Mônica Rodrigues. *A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária.* Sociedade em debate, Pelotas, 2007. Disponível em: <revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/download/402/356>. Acesso em: 30/08/2016.

COSTA, Nilson do Rosário et al. (Orgs.) *Demandas populares e políticas públicas de saúde.* Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

CUNHA, Harley. *O Estado Moderno.* Sociologia, 2013. Disponível em: <<http://sociologianota10.blogspot.com.br/2013/10/estado-moderno.html>>. Acesso em: 15 de maio de 2017

DAGNINO, Evelina. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?. In: Daniel Mato (coord.). *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización.* Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004, p. 95-110. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/faces-ucv/20120723055520/Dagnino.pdf>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

DATAFOLHA. *Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde.* CFM, Datafolha, APM, 2014. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>>. Acessado em 13 de maio de 2017.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Parcerias da Administração Pública:* concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

DOWBOR, Monika. *Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado.* São Paulo: Lua Nova, 2009.

DOWBOR, Monika. *Arte da institucionalização:* estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006). Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000173&pid=S0011-5258201400020000300025&lng=es> Acesso em: 04 de outubro de 2016.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. *UNIMED:* história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. 17(4): 999-1008, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

- DURKHEIM, Émile. *Da Divisão do Trabalho Social*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- DURKHEIM, Émile. *Sociologia e Filosofia*. São Paulo: Ícone, 1994.
- DWORKIN, Ronald. *Levando os direitos a sério*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2007.
- ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 385-434. Disponível em: <http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2017.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1999.
- FERRARINI, Adriane Vieira. *Pobreza: possibilidades de construção de políticas emancipatórias*. São Leopoldo: Oikos, 2008.
- FLORENZANO, Modesto. *Sobre as origens e o desenvolvimento do Estado Moderno no Ocidente*. 71:11-39, Lua Nova, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n71/01.pdf>> Acesso em: 09 de maio de 2017.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Reforma sanitária*. Sanitarista – Biblioteca Virtual Sergio Arouca, [2017?]. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 9 de junho de 2016.
- GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. Ed.rev. e amp. – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- GOUVEIA, Giselle Campos; SOUZA, Wayner Vieira de; LUNA, Carlos F.; SOUZA-JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. *Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais*. 12(3): 281-96, Rev Bras Epidemiologia, 2009.
- GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. *Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde*. International Bank for Reconstruction and Development, Washington: The World Bank, 2013.
- GRAU, Eros Roberto. *A Ordem Econômica na Constituição de 1988*. 18. ed. São Paulo: Malheiros, 2017.
- GREGORI, Maria Stella. *Planos de Saúde: a ótica da proteção do consumidor*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.
- GROTTI, Dinorá Adelaide Musetti. *O serviço público e a Constituição brasileira de 1988*. São Paulo: Malheiros, 2003.

HESPAÑA, Pedro; et al. *Dicionário internacional da outra economia*. CES. ISBN 978-972-40-3722-6. São Paulo: Almedina Brasil, 2009.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. *Estado e políticas (públicas) sociais*. ano XXI, nº 55, Cadernos Cedes, 2001. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais*. v. 15, n. 33, SER social, Brasília, 2013, p. 261-384. Disponível em <www.cressrn.org.br/files/arquivos/fapa10y8kq65voj4t345.pdf>. Acesso em: 04 de maio de 2017.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. ed.34, São Paulo: 1994.

LEAL, Rodrigo Mendes. *Planos de saúde no Brasil: Uma análise da regulação econômica*. In: Jornada Nacional de Economia da Saúde – ABRES, 6., Eixo 2 (Gestão e Regulação), 2012. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/10391921-Titulo-planos-de-saude-no-brasil-uma-analise-da-regulacao-economica-autor-rodrgo-mendes-leal-rmendesleal-gmail-com.html>>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de. *Informação e Regulação da Assistência Suplementar à Saúde*. Rio de Janeiro: e-papers, 2005.

ENGELGERHARDT, Tatiana; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). *Métodos de Pesquisa*. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS, Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

MALTA, Deborah carvalho; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. *O mercado de Assistência Suplementar no Brasil e o papel da regulação pública na garantia da atenção de seus beneficiários*. UFF, [2017?]. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-02.pdf>> Acesso em: 14 de agosto de 2017.

MASSUIA, Dalva Regina; MENDES, José Dinio Vaz; CECILIO, Mônica Aparecida M. *Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS/SP*. São Paulo: SES/SP, 2010.

MENDES, Gilmar; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de Direito Constitucional*. 10ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

MITCHELL, Wiliam C; SIMMONS, Randy T. *Para além da política - mercados, bem-estar social e o fracasso da burocracia*. Tradução por Jorge Ritter. Rio de Janeiro: Topbooks, 2003.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; SÁ, Celso Pereira de; ACIOLI, Sonia. *A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais*. vol.9, n.2, ISSN 1516-3687, Psicol. teor.prat. [online], 2007, pp. 26-46. Disponível em: <pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v9n2/v9n2a03>. Acesso em: 13 de julho de 2017.

MARRIEN, François-Xavier. Estado Social. In: HESPANHA, Pedro; et. al. *Dicionário internacional da outra economia*. CES.ISBN 978-972-40-3722-6. São Paulo: Almedina Brasil, 2009.

MEDEIROS, Alexsandro. *Social Democracia*. Consciência Política, 2016. Disponível em: <<http://www.portalconscienciapolitica.com.br/economia-politica/social-democracia/>> Acesso em: 16 de fevereiro de 2017.

MORAES, Ricardo Quartim de. *A evolução histórica do Estado Liberal ao Estado Democrático de Direito e sua relação com o constitucionalismo dirigente*. Institucional, Brasília: biblioteca digital do Senado Federal, 2014. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/509938>> Acesso em: 09 de maio de 2017.

NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (coord.). *O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

PAGANO, Renato Cesar Vieira; MASSARI FILHO, Luiz Gonzaga. *A sustentabilidade das cooperativas médicas na saúde suplementar*. Faculdade Unimed, 2014. Disponível em: <<http://www.faculdadeunimed.edu.br/Monografias/LUIZ%20GONZAGA%20M.%20FILHO%20E%20RENATO%20CESAR%20V.%20PAGANO.pdf>>. Acesso em: 30 de junho de 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Cap. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 15-40. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Saude.pdf>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Saúde no Brasil 1, Séries, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em 30 de maio de 2017.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção, TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores*. vol.21, nº.1, Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, 2014, p. 15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Caetano. *Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor*. vol.18, n.4, ISSN 1809-4481, Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, pp.767-783, 2008.

PINHEIRO, Ana Paula; SOUZA, Jordana Miranda. *Aspectos Regulatórios dos Planos de Saúde*. Fundação Unimed. 2012. Disponível em: <www.fundacaounimed.org.br>.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; DEMO, Pedro. *Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde*. vol.15, nº.2, Saúde e sociedade, São Paulo, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200007>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

POLANYI, Karl. *A grande Transformação: as origens da nossa época*. 2. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PORTO, Silvia M.; UGÁ, Maria Alicia D.; MOREIRA, Rodrigo S. *Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008*. 16(9): 3795-3806, Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

POSSAMAI, Hélio. *União dos Médicos – UNIMED: ambivalências e contradições*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade Psicologia, Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS. Orientador: Prof.Ph. Dr. Pedrinho Guareschi. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://verum.pucrs.br/F/?func=direct&doc_number=000411112&local_base=PUC01> Acesso em: 16 de setembro de 2016.

RAICHELIS, Raquel. *Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez, 1998.

RAICHELIS, Raquel. *Desafios da gestão democrática das políticas sociais*. In: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

ROMANO, Cátia Maria; SCATENA, João Henrique Gurtler; KEHRIG, Ruth Terezinha. *Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Saúde de Mato Grosso*. 25 [4]: 1095-1115, Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01095.pdf>. Acesso em 11 de julho de 2017.

RUIZ, Gabriela. *Quem usa o Sistema Único de Saúde?* [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil, 2012. Disponível em: <http://dssbr.org/site/?p=9534&preview=true> Acesso em: 16 de maio de 2017.

SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). *A Globalização e as Ciências Sociais*. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde*. Centro de Estudos Sociais, 1987. Disponível em: <[http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Capitulo%206\(1\).pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Capitulo%206(1).pdf)>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2017.

SANTOS, Fabiano. *Convergências e divergências entre liberalismo e social democracia: novos termos de um velho debate*. ano I, n.º 3, Artigos, 2009. Disponível em: <http://www.flc.org.br/revista/materias_view3be5.html?id=%7BA5E98003-B84A-477D-89E6-4E366204A5C0%7D> Acesso em: 23 de agosto de 2017.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. *A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão*. v. 9, n.18, Interface Comunic., Saúde, Educ., 2006, p.25-41. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a03v1019.pdf>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

SANTOS, Fausto Pereira dos. *Saúde Suplementar – Impactos e Desafios da Regulação*. UFG, 2006. Disponível em:

<http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/dezembro2006/textos/saude_suplementar.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988*. ISSN 1981-1888, n. 11, Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado, Bahia, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de Direito Constitucional*. 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. *Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde*. vol.29, nº.5, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500004>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

SILVA, Kênia Lara Silva; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli Rodrigues. *Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal*. v. 24, supl.1, Saúde Soc. São Paulo, 2015, p 193-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000500193&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 30/05/2017.

SILVA, Z. P.; RIBEIRO, M. C.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F. *Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008*. 16(9): 3807-16, Ciência & Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232011001000015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Disponível em: 30 de agosto de 2016.

SOARES, Paulo Firmeza. *Do Estado Liberal ao Estado Regulador: aspectos político-jurídicos*. Artigos, Conteúdo Jurídico, 2013. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,do-estado-liberal-ao-estado-regulador-aspectos-politico-juridicos,44127.html>>. Acesso em 10 de março 2017.

SOUZA, Celina. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Sociologias. ano 8, nº 16, Porto Alegre, 2006, p. 20-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

SOUZA, Emanuel. *Estado moderno*. 2010. Disponível em: <<http://prosouza.blogspot.com.br/2010/05/estado-moderno.html>>. Acesso em: 06 de outubro de 2017.

SHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro. *Direito à Saúde: análise à luz da judicialização*. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2015.

TEIXEIRA, Luciana. *Cooperativas médicas e planos de assistência à saúde à luz da regulação da agência nacional de saúde suplementar*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2009.

TELLES, Vera da Silva. *Questão Social afinal, do que se trata?* São Paulo em Perspectiva, 10(4), 1996. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v10n04/v10n04_10.pdf> Acesso em: 08 de maio de 2017.

TOURAINE, Alain. *Um novo paradigma: para compreender o mundo hoje*. Petrópolis: Vozes, 2006.

VARELLA, Dráuzio; CESCHIN, Maurício. *A saúde dos planos de saúde: desafios da assistência privada no Brasil*. São Paulo: Paralela, 2014.

WEBER, Max. *Economia e Sociedade*. Brasília: Editora da UnB, 2009.

WHO (World Health Organization). *Health Statistics*. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

ZIROLDO, Rodrigo Romera; GIMENES, Rafaela Okano; CASTELO JUNIOR, Clóvis. *A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil*. 37 (2): 2016-221, O mundo da saúde, São Paulo, 2013. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_pr_estacao.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

APÊNDICE A – ENTREVISTA REALIZADA COM O GESTOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- 1) Sobre a política pública de saúde, em que medida o MS está tornando o SUS, gradativamente, num sistema de atendimento à população menos favorecida, em decorrência das crescentes obrigações impostas ao setor da saúde suplementar?
- 2) Em que medida o SUS conseguiria atender os mais de 50 milhões de usuários da saúde suplementar, no caso dos preços do setor privado se tornarem insustentáveis ?
- 3) Como o MS observa a atribuição gradativa de novas responsabilidades para a saúde suplementar e o impacto econômico que essas atribuições provocam nos custos operacionais das operadoras de planos de saúde? Essa situação é avaliada diante da formulação da política pública de saúde?
- 4) No que diz respeito a política pública de saúde suplementar, qual é o cenário que o MS faz para os próximos 5 anos? A tendência é o aumento de atribuições para o setor privado e o atendimento prioritário do SUS à população de menor poder aquisitivo?

RESPOSTA:

Conforme conversamos por telefone, o seu conjunto de perguntas é bastante complexo e, no meu entendimento, traz para a discussão uma grande preocupação para o desenvolvimento da política de saúde e do SUS no cumprimento dos seus princípios constitucionais. É nesta perspectiva que pretendo trazer alguns argumentos para contribuir com sua pesquisa, mas vou destacar para esta discussão o princípio da Universalidade de forma a dialogar com o seu conjunto de questões.

Para organizar o pensamento na construção deste texto, revisei um artigo da Ligia Bahia que traz o conceito de saúde como a resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde, tomada como medida de determinações sociais e perspectiva de conquista da igualdade, tal como definida na VIII Conferência Nacional de Saúde é a resultante das

condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Este é o conceito que embalou os sonhos da Reforma Sanitária Brasileira e também podemos compreendê-lo como parte do processo de redemocratização do país, e guardadas as devidas proporções, atualmente mantém acesso o nosso ideário de luta pelo SUS e em defesa das políticas sociais. Afinal, reproduzindo os discursos dos nossos sanitaristas e militantes, o SUS representa uma grande conquista da sociedade brasileira e a responsabilidade política e social assumida pelo Estado em defesa ao direito universal à saúde como um direito fundamental que assiste a todos, vinculado ao princípio da dignidade da pessoa humana e ao direito à vida, reafirmando o SUS como política pública inclusiva e promotora de cidadania. E não se trata do “SUS para pobres”.

Na prática a opção brasileira pelo direito universal a saúde, sempre conviveu e competiu com o mercado privado com a própria Constituição assegurando a participação do mercado privado no SUS em caráter complementar. No entanto nos últimos anos, esta discussão ganha novos contornos pelo debate entre o direito universal à saúde e a exploração da saúde como um grande negócio com alto potencial de crescimento, surgindo na primeira década deste século a discussão da Cobertura Universal à Saúde em contraposição ao direito universal. Evidentemente, que esse debate se relaciona com o fortalecimento do papel do setor privado na oferta de seguros e serviços de saúde.

A partir de 2005, a OMS vem trabalhando a ideia da cobertura universal à saúde que indica a participação do mercado privado como um mecanismo de “proteção” ao risco financeiro inerente aos sistemas de saúde que, teoricamente, não dispõe de mecanismos públicos de financiamento suficientes para assegurar ou garantir o direito universal à saúde. O conceito de cobertura universal de saúde corrobora com ideia de que os sistemas de saúde devem ser sustentados por mecanismos e serviços privados de saúde e, desta forma minimizar os riscos de sub financiamento. Importante destacar, que existe uma resolução da ONU em favor da cobertura universal à saúde e com voto favorável do Brasil. (Assembleia da ONU em 2012).

Recentemente, tivemos mais uma daquelas votações obscuras no Congresso Nacional e que culminou com a publicação da Lei nº 13.097/2015 autorizando a abertura ao capital estrangeiro para a oferta de serviços de saúde.

A publicação desta Lei provocou uma onda de manifestos de entidades ligadas ao Movimento da Reforma Sanitária, entre outras, contrários às alterações impostas a Lei 8.080

e que estão atuando fortemente na mobilização política em prol da inconstitucionalidade da Lei 13.097/2015.

O ponto central dos manifestos relaciona-se com a defesa do direito universal a saúde, estabelecido na Constituição Brasileira e qualificado como um direito fundamental que assiste a todos, vinculado ao princípio da dignidade da pessoa humana e ao direito à vida, clausula pétrea e que, no meu pouco entendimento sobre o assunto, entendo não poder ser alterada nem mesmo por proposta de emenda constitucional. Fundamentado na garantia constitucional do direito à saúde como resultado de uma escolha da sociedade brasileira marcada pelo movimento da Reforma Sanitária e que se baseou em experiência exitosas de outros países na composição de sistemas públicos de saúde universais baseados no direito à cidadania. E, portanto, a vedação a participação do capital estrangeiro era entendida como um mecanismo importante para limitar a atuação do mercado privado e suas interferências no desenvolvimento da política pública de saúde.

Os art. 23 e o art. 53 A da referida Lei abrem o mercado brasileiro a plena participação do capital estrangeiro nas ações e serviços de saúde sem estabelecer como se dará o processo regulatório pelo Estado, a considerar que permanece inalterada a Lei Orgânica da Saúde como reguladora em todo o território nacional das ações e serviços de saúde executados seja pelo público ou pelo privado. Observa-se que o conjunto de ações e serviços abertos ao capital estrangeiro pelos art.23 e 53 A representam toda a estrutura de ações e serviços de saúde que compõe o SUS, incluindo pelo art. 53^a o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico. Sem um marco regulatório estabelece-se uma clara concorrência entre o Sistema Público de Saúde e o mercado privado da saúde que passa a acessar o grande mercado brasileiro com disposição em investir na construção de sistemas de saúde baseados na lógica do seguro e não da proteção social, contribuindo para recrudescer as iniquidades sociais com sérios riscos a limitação do acesso as ações e serviços de saúde pelas populações mais vulneráveis. Enquanto a lógica organizativa do SUS está fundamentada na regionalização de ações e serviços de saúde, no fortalecimento da Atenção Básica e na garantia do acesso mesmo em situações de populações dispersas de baixa densidade populacional e com baixa oferta de serviços, a lógica organizativa do privado fundamenta-se nos interesses econômicos, na lei da oferta e da procura, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta com forte tendência da entrada do capital estrangeiro ser direcionada para as regiões do país

com mercado consumidor em potencial, reafirmando os vazios assistenciais existentes no país e contrapondo de forma importante a lógica organizativa do SUS.

Certamente, compreende-se como premissa que o modelo de financiamento precisa dar sustentabilidade ao sistema de atenção à saúde e acompanhar a modelagem do sistema de saúde de forma a absorver os custos incrementais decorrentes da incorporação tecnológica, mas, sobretudo, das mudanças e características do perfil epidemiológico e demográfico da população.

Mas é importante destacar que diversos estudos apontam para o desequilíbrio entre o objetivo do SUS em assegurar acesso universal e integralidade do cuidado com o baixo gasto público em saúde praticado no Brasil. A OMS identifica o Brasil como o único país com sistema de saúde universal onde o gasto privado em saúde é maior que o gasto público.

Segundo Piolla (2010), é absolutamente impossível garantir serviços integrais de boa qualidade com o atual nível de gasto público com saúde e, considera que mesmo com ganhos de eficiência, sempre possíveis, pois muitos são os exemplos de desperdícios, para melhorar os serviços do SUS são necessários mais recursos.

Corroborar com esta posição o trabalho desenvolvido por Paim et al. (2011) indicando que a despesa com saúde tem aumentado no Brasil, em termos nominais, desde 2003, mas o ajuste pela inflação apresenta redução, ou seja, embora o financiamento tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, de infraestrutura e de recursos humanos.

Existem sim um trabalho desenvolvido no âmbito das três esferas de governo pautado na construção permanente em busca da qualificação da gestão da saúde sempre visando a entrega à população de ações e serviços de saúde, oportunos e qualificados, prestados com eficiência. São muitas as iniciativas exitosas e alguns resultados do SUS são extremamente importantes, mas apenas reconhecidos por organismos internacionais ou pouco explorada no âmbito nacional. A comunicação com a nossa população sobre os resultados sanitários do país é extremamente frágil. Somos o maior sistema universal de saúde do mundo, temos o melhor programa de vacinação pública do mundo, temos um dos maiores sistemas nacionais de transplante, o maior volume de procedimentos e atendimentos de alta complexidade e de alto custo realizados no país são financiados no SUS, temos uma das melhores e mais respeitadas agências de vigilância sanitária do mundo entre outros resultados importantes. É inegável que ainda temos baixa eficiência na aplicação dos recursos, e há muito a melhorar,

mas como avançar na política de saúde e no cumprimento dos princípios constitucionais do SUS diante de um cenário de subfinanciamento aliado a baixa eficiência gestora e forte interesse mercantilista?

APÊNDICE B – ENTREVISTA REALIZADA COM O GESTOR 1 DA UNIMED CERRADO

Perguntas:

- 1) No entendimento do setor cooperativo de trabalho médico, qual seria o papel do Estado perante o mercado de saúde suplementar?

R - Entendo que o Estado deva regular o setor pois assim ocorrerá mais seriedade por parte das empresas que atuam nesse segmento. E prova disso é que após a criação da ANS várias operadoras foram extintas e/ou liquidadas em virtude de não atuarem com seriedade em um mercado muito competitivo.

- 2) A regulação realizada pela ANS, especialmente na edição de instruções e resoluções normativas, influencia a atuação da cooperativa no mercado de saúde suplementar?

R – Sim pois com a edição de várias instruções e RN sem levar em conta que a cooperativa não é uma empresa mercantil e tem legislação específica além de praticar os princípios do cooperativismo muitas vezes traz transtornos enormes para o dia a dia da cooperativa.

- 3) Tal regulação impacta a relação da cooperativa com os médicos cooperados, especialmente no que diz respeito aos serviços solicitados por eles?

R – Impacta de maneira negativa pois a partir do momento em que se estabelece obrigatoriedade de coberturas sem levar em conta a indicação de determinados procedimentos que por ter cobertura no rol não podem ser negados a não ser que se faça junta médica e isso onera a cooperativa.

- 4) A atuação dos órgãos de defesa do consumidor, especialmente o Ministério Público e o Procon, que configuram o denominado controle social, são lastreados nas instruções e resoluções normativas editadas pela ANS?

R – Sim pois a partir do momento que a ANS baixa uma Resolução Normativa esses órgãos com certeza vão se basear nesse fato para forçar as operadoras a conceder procedimentos solicitados pelo médico assistente.

- 5) Quais são os grandes desafios socioeconômicos da unimed, diante da gradativa atribuição de responsabilidades, que até então eram obrigações da saúde pública, para a saúde suplementar?

R – Dentre os desafios socioeconômicos que vão afetar a sustentabilidade das cooperativas estão a judicialização que em muitos casos obrigam a operadora a dar cobertura para procedimentos que não estão no rol e em alguns casos até procedimentos ainda em fase experimental.

- 6) Quais alternativas poderiam contribuir para a superação desse impasse?

R – As cooperativas deveriam ter um tratamento diferenciado, e isso não quer dizer privilégios, mas respeitando a sua condição de cooperativa que tem legislação específica (lei 5764) e assim não teria a obrigação de se estabelecer a obrigatoriedade de formação de grande lastro econômico reduzindo assim o honorário médico, pois a melhor maneira de se distribuir os resultados é através do pro-rata.

APÊNDICE C – ENTREVISTA REALIZADA COM O GESTOR 2 DA UNIMED CERRADO

1) A regulação realizada pela ANS, especialmente na edição de instruções e resoluções normativas, tem grande impacto nos custos e no planejamento da cooperativa no mercado de saúde suplementar?

Resposta: Sim. Existe um impacto no custo administrativo, as operadoras precisam manter uma estrutura administrativa para atender as obrigações da referida Agência. O custo assistencial também sofre impacto, quando procedimentos, novas tecnologias, medicamentos e materiais são incluídos na cobertura obrigatória, sem que os mesmos fizessem parte do cálculo atuarial das mensalidades. Outro aspecto que aumenta o custo das operadoras é o fato de que a operadora só pode negar algum procedimento através da instauração de junta médica, a qual tem um custo considerável, muitas vezes, até maior do que o custo do próprio procedimento.

2) Tal regulação impacta a relação da cooperativa com os médicos cooperados, especialmente no que diz respeito aos serviços solicitados por eles?

Resposta: Sim, pois devido às normas rígidas impostas pela agência reguladora, as operadoras tem dificuldade de negar procedimentos solicitados pelos cooperados, procedimentos estes que não possuem indicação clínica. Este fato acaba gerando conflito entre a cooperativa e os médicos cooperados, ocasionado advertência formal e até mesmo a exclusão deles da cooperativa.

3) A atuação dos órgãos de defesa do consumidor, especialmente o Ministério Público e o Procon, que configuram o denominado controle social, são embasados nas instruções e resoluções normativas editadas pela ANS?

Resposta: Nem sempre, pois frequentemente somos surpreendidos por decisões emanadas destes órgãos, as quais não são levadas em consideração o contrato firmado entre as partes, nem tampouco as normas estabelecidas pela ANS.

4) Quais são os grandes desafios socioeconômicos da unimed, diante da gradativa atribuição de responsabilidades, que até então eram obrigações da saúde pública, para a saúde suplementar? Há planejamento ou construção de cenário para o enfrentamento dessas novas atribuições designadas pela ANS?

Resposta: Um dos desafios da Unimed neste momento é prestar uma assistência médica de qualidade, tendo em vista a falta de leitos, hospitais sucateados e até mesmo a falta de

qualificação dos médicos. O outro desafio, na minha opinião, é ofertar planos de saúde com preços mais acessíveis às pessoas de baixa renda, pessoas que atualmente sofrem com a dificuldade de acesso aos serviços públicos. Acredito não ser uma tarefa muito fácil, tendo em vista o custo da assistência, que vem aumentando a cada dia. A própria ANS já está realizando estudos no sentido de viabilizar e incentivar as operadoras a desenvolverem produtos nestas características.