

“Entidades empresariais e a Política Nacional de Saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração”

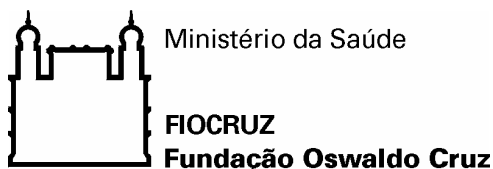
por

Ialê Falleiros Braga

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Sarah Maria Escorel de Moraes
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Ligia Bahia*

Rio de Janeiro, setembro de 2012.



Esta tese, intitulada

“Entidades empresariais e a Política Nacional de Saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração”

apresentada por

Ialê Falleiros Braga

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. André Silva Martins

Prof. Dr. Ignácio José Godinho Delgado

Prof. Dr. Júlio César França Lima

Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista

Prof.^a Dr.^a Ligia Bahia – Segunda orientadora

Tese defendida e aprovada em 28 de setembro de 2012.

B813 Braga, Ialê Falleiros
Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração. / Ialê Falleiros Braga. -- 2012.
186 f.

Orientador: Escorel, Sarah
Bahia, Lígia

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

1. Políticas de Saúde. 2. Reforma do Estado. 3. Sindicatos.
4. Organizações. 5. Política Empresarial. 6. Brasil. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10981

Resumo

Esta tese enfoca as entidades de representação dos empresários da saúde na primeira década de 2000, com destaque para a atuação da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSa), buscando compreender valores e ideias presentes nas suas agendas e suas interfaces com a política nacional de saúde. Propõe-se situar a atuação das entidades empresariais no movimento de luta política empreendido pelo movimento sanitário nos anos 1970-1980, e de acomodação de forças políticas e rearranjo das relações entre Estado e sociedade nos anos 1990-2010, levando em consideração as redefinições das bases sociais e legais do Estado brasileiro. Conclui-se que tais entidades empresariais vêm atuando no direcionamento da política nacional de saúde nas últimas duas décadas, buscando ampliar sua organização política e deslocar posições de confronto na arena da saúde para posições de colaboração. As noções de qualidade, eficiência e relação custo-benefício na assistência à saúde vão se tornando variáveis fundamentais na competição pelos recursos públicos e pela administração da assistência à saúde, graças ao trabalho de difusão de valores e ideias relacionados à capacidade de gestão privada como parâmetro a ser seguido pelos serviços de saúde, sejam eles privados, públicos ou geridos mediante parcerias público-privadas.

Abstract

This thesis focuses on the representation of health business entities in the first decade of 2000, with emphasis on the work of the National Confederation of Health, Hospitals, Establishments and Services (CNSa in Portuguese), seeking to understand the values and ideas present in their agendas and their interface with national health policy. It proposes to situate the work of business entities in the political struggle waged by the health movement in the 1970s and 1980s, and the re-accomodation of political efforts and the rearrangement of the relationship between the state and society from 1990 to 2010, taking into consideration the redefinition of the social and legal foundations of the Brazilian state. It concludes that such business entities have been working with the steering of national health policy over the last two decades, seeking to increase their political organization and to shift positions of confrontation in the area of health care to positions of collaboration. The notions of quality, efficiency and cost-benefit ratio in health care are becoming fundamental variables in the competition for public resources and administration of health care, thanks to the work in disseminating values and ideas regarding the capacity of private management as a parameter to be followed by health services, whether they are private, public or managed through public-private partnerships.

Sumário

Lista de Siglas (6)

Apresentação (11)

Introdução – referencial teórico, materiais e método (18)

PARTE I – Estado-sociedade civil e a cultura da colaboração no Brasil (32)

PARTE II – A política nacional de saúde em perspectiva histórica - 1960-1990 (48)

II.1. 1960-1970 - a política de expansão do setor privado e o fortalecimento de entidades empresariais na área da saúde (49)

II.2. 1980-1990 – a cultura de crise e o confronto entre projetos para a política nacional de saúde (64)

PARTE III – Entidades empresariais e a política nacional de saúde – do confronto à colaboração (77)

III.1. Redefinições na relação Estado-sociedade civil entre 1990 e 2010 e a política nacional de saúde (79)

III.2. A Confederação Nacional de Saúde (CNSa) e a cultura da colaboração: valores, ideias e práticas em construção (86)

III.2.1. A CNSa como representante sindical máxima dos interesses patronais na saúde (89)

III.2.2. As Ações movidas pela CNSa no Supremo Tribunal Federal (98)

III.2.3. A CNSa na disputa por valores: “saúde não é comércio” - ainda que seja um *business* (108)

III.2.4. A CNSa na difusão de valores, ideias e práticas entre os empresários da saúde (122)

III.3 CNSa e a cultura da colaboração: valores, ideias e práticas em ação (137)

III.3.1. Entidades empresariais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (138)

III.3.2. Entidades empresariais de saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (146)

III.3.3. Entidades empresariais de saúde e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) (155)

Considerações finais (163)

Referências Bibliográficas (169)

Anexos (181)

1. Termo de consentimento livre e esclarecido (181)

2. Roteiro de entrevista com os representantes das entidades empresariais de saúde (183)

3. Roteiro de entrevista com os representantes do poder público com interfaces com as atividades assistenciais privadas de saúde (185)

Lista de Siglas

ABAH - Academia Brasileira de Administração Hospitalar
ABCDT - Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante
ABH - Associação Brasileira de Hospitais
ABIFARMA - Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica
ABIFICC - Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer
ABIFINA - Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades
ABIMO - Associação Brasileira da Indústria de Equipamentos Médico-Hospitalares
ABIQUIF - Associação Brasileira das Indústrias Farmoquímicas
ABRABI - Associação Brasileira das Empresas de Biotecnologia
ABRAHUE - Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABRASPE - Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas
ACRJ - Associação dos Comerciantes do Rio de Janeiro
ADI - Ações Diretas de Inconstitucionalidade
ADPF - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AIS - Ações Integradas de Saúde
ALANAC - Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais
ALFOB - Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil
AMA - Assistência Médica Ambulatorial
AMB - Associação Médica Brasileira
ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM - Associação Paulista de Medicina
BAU - Boletim de Atendimento de Urgência
BID - Interamericano de Desenvolvimento
BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BM - Banco Mundial
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAE - Comissão de Assuntos Econômicos do Senado
CAS - Comissão de Assuntos Sociais do Senado
CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CCFGTS - Conselho Curador do FGTS
CEB - Comunidades Eclesiais de Base
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME - Central de Medicamentos
CF - Constituição Federal de 1988
CIEFAS - Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
CIVES - Associação Brasileira de Empresários pela Cidadania
CLASSAÚDE - Congresso Latino-Americano de Serviços de Saúde
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNA - Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil
CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNC - Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo
CNCOOP - Confederação Nacional das Cooperativas
CNI - Confederação Nacional da Indústria
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNSa - Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
CNSeg - Confederação Nacional de Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização
CNServiços - Confederação Nacional de Serviços
CNT - Confederação Nacional do Transporte

CNTS - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
CNTur - Confederação Nacional do Turismo
CODEFAT - Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador
COMSAÚDE/FIESP - Comitê da Cadeia Produtiva da Saúde da FIESP
CONAMGE - Conselho Nacional de Auto-Regulamentação de Medicina de Grupo
CONASEMS - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONJUR – Consultor Jurídico
CONSIF - Confederação Nacional das Instituições Financeiras
Coppead - Instituto de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF - Contribuição Social Sobre Movimentação Financeira
CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CSS - Câmara de Saúde Suplementar (ANS)
CUT - Central Única dos Trabalhadores
DARA - Departamento de Articulação de Rede de Atenção à Saúde
DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DECIIS - Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde
DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DPVAT - Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
EAESP – Escola de Administração de Empresas de São Paulo
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A.
EC – Emenda Constitucional
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FACESP - Federação das Associações Comerciais do Estado de São Paulo
FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador
FBAH - Federação Brasileira de Administradores Hospitalares
FBDS - Fundação Brasileira para o Desenvolvimento Sustentável
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FEBASE - Federação Baiana de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
FEBRABAN - Federação Brasileira de Bancos
FECOMÉRCIO - Federação do Comércio do Estado de São Paulo (antiga FCESP)
FEHERJ - Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
FEHOESC - Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina
FEHOESG - Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Goiás
FEHOESP - Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e de Análises Clínicas e demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo
FEHOSPAR - Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Paraná
FEHOSUL - Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
FENACAP - Federação Nacional de Capitalização
FENAESS - Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde
FENAPREVI - Federação Nacional de Previdência Privada e Vida
FENASAÚDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar
FENASEG - Federação Nacional das Seguradoras
FESESP - Federação de Serviços do Estado de São Paulo
FGTS – Fundo de Garantia por tempo de Serviço
FGV – Fundação Getúlio Vargas
FIEMG - Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais
FIERGS - Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul
FIESP – Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FINEP - Financiadora de Estudos e Projetos
FINSOCIAL - Fundo de Investimento Social
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FIRJAN - Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FNAS - Fundo Nacional de Assistência Social
FPS - Frente Parlamentar da Saúde
FTESM - Fundação Técnico Educacional Souza Marques
FUNABEM - Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GECIS - Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde
GIFE - Grupo de Institutos, Fundações e Empresas
GIH - Guias de Internação Hospitalar
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPI - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBEDESS - Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor de Saúde
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias
IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IFC - Corporação Internacional de Financiamento (BM)
IHF - International Hospital Federation / Federação Internacional de Hospitais
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INDG - Instituto de Desenvolvimento Gerencial
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INTERFARMA - Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
IPD-Farma - Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento de Fármacos e Produtos Farmacêuticos
IRB - Instituto de Resseguros do Brasil
ISO – International Organization of Standardization
ISS - Imposto Sobre Serviços
LATEPS - Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde
LBA - Fundação Legião Brasileira de Assistência
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MOPS - Movimento Popular de Saúde
MP – Medida Provisória
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NESP – Núcleo de Estudos de Saúde Pública
NICE - Instituto de Saúde e Excelência Clínica do Reino Unido
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONA - Organização Nacional de Acreditação
ONG - Organizações Não Governamentais
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
OS - Organizações Sociais
OSCIP - Organização Social de Interesse Público
OSS – Organizações Sociais de Saúde
PAC - Programa de Aceleração do Crescimento
PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAIS - Programa das Ações Integradas de Saúde
PAS - Programa de Assistência à Saúde
PCCS - Plano de Cargos e Carreira da Saúde
PESES - Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde
PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PLC – Projeto de Lei da Câmara
PLS – Projeto de Lei do Senado
PNBE - Pensamento Nacional das Bases Empresariais
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento
Portaria GM – Portaria do Gabinete do Ministro
PP – Partido Progressista
PPA - Plano de Pronta Ação

PPP – Parceria Público-Privada
PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRÓ-GENÉRICOS - Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos
PSDB - Partido da Social-Democracia Brasileira
PSF - Programa de Saúde da Família
PT - Partido dos Trabalhadores
PTB – Partido Trabalhista Brasileiro
PUC – Pontifícia Universidade Católica
RAIS – Relação Anual de Informações Sociais
REFORSUS - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SBA - Sistema Brasileiro de Acreditação
SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresa
SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAR - Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SENASS - Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde
SENAST - Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
SESC – Serviço Social do Comércio
SESCOOP - Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo
SESI – Serviço Social da Indústria
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SESS - Serviço Social da Saúde
SEST – Serviço Social do Transporte
SIAH - Sistemas Ambulatoriais e Hospitalares do SUS
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SINAMGE - Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo
SINDHOMG - Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do estado de Minas Gerais
SINDHOSP - Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo
SINDHRIO - Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do Município do Rio de Janeiro
SINDUSFARMA - Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo
SINOG - Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência Social
SNCPCH - Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares
SSSMA - Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte
STF - Supremo Tribunal Federal
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS – Sistema Único de Saúde
TISS - Troca de Informações na Saúde Suplementar
TST - Tribunal Superior do Trabalho
TUSS - Terminologia Unificada em Saúde Suplementar
UFF – Universidade Federal Fluminense
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNB – Universidade de Brasília
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
UNIMED - Confederação das Cooperativas Médicas
UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos
USP – Universidade de São Paulo

*Já sonhamos muito
Semeando as canções no vento
Quero ver crescer nossa voz
No que falta sonhar*

*Já choramos muito
Muitos se perderam no caminho
Mesmo assim não custa inventar
Uma nova canção*

*Que venha trazer
Sol de Primavera
Abre as janelas do meu peito
A lição sabemos de cor
Só nos resta aprender*

(Sol de Primavera – Beto Guedes/Ronaldo Bastos)

Apresentação

A tese que se apresenta propõe sistematizar o conhecimento sobre a organização associativa e sindical dos empresários da saúde brasileiros, desenvolvida entre os anos de 1960 e 2010, tendo como tema central a atuação das entidades empresariais e seu papel na definição/implementação da política nacional de saúde na década de 1990 e primeira década do século XXI. Para isso, analisa as atividades políticas desenvolvidas por estas entidades, com destaque para a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSa¹), organização sindical representante dos interesses patronais na saúde em âmbito nacional desde 1994.

As reflexões iniciais registradas no anteprojeto de tese, apresentado para ingresso no programa de pós-graduação em saúde pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), tinham por base a noção de que a política nacional de saúde pode ser compreendida como resultante dos embates entre forças políticas com visões de mundo distintas e/ou antagônicas.

Em pesquisa anterior, intitulada “Memória da Educação Profissional em Saúde”, coordenada por Júlio César França Lima e desenvolvida pelo Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (LATEPS - EPSJV/Fiocruz), participei do mapeamento das forças políticas atuantes em diferentes fóruns de discussão e deliberação na arena da saúde, entre os anos de 1980 e primeira década de 2000, com ênfase na política de formação profissional de nível médio em saúde. Naquela pesquisa, obtive conhecimento sobre a existência da CNSa, a partir do exame do projeto de criação do Sistema S da Saúde, elaborado por essa entidade e transformado no Projeto de Lei do Senado n. 131/2001 (Lima & Falleiros, 2006).

Minha inserção, como servidora pública federal pelo concurso da Fiocruz de 2006, para este mesmo laboratório de pesquisa, trouxe a responsabilidade de aprofundar meus conhecimentos na área de saúde, dado que minha graduação foi em história (Unicamp, 1998) e meu mestrado em política educacional (UFF, 2004).

¹ Seguindo o procedimento de Lima (2010), adotou-se, neste trabalho, a sigla CNSa em referência à Confederação, para distingui-la da sigla do Conselho Nacional de Saúde (CNS), fórum vinculado ao Ministério da Saúde responsável por debater e deliberar sobre a política nacional de saúde.

Uma vez no doutorado, retomei a análise do embate de forças políticas na arena da saúde no processo de elaboração da Constituição de 1988, por meio do estudo das atas da Subcomissão de Saúde e Seguridade Social da Assembléia Nacional Constituinte, guiada pelas preciosas informações e reflexões registradas na tese de Eleutério Rodriguez Neto (2003). Fui levada a investigar as diferentes entidades políticas representantes dos empresários da área, perguntando-me sobre seu papel na conformação da política nacional de saúde nas duas décadas seguintes.

As razões para que um interesse se torne tão significativo ao ponto de se transformar em objeto de estudo são várias e, no caso desta pesquisa, algumas delas podem ser claramente identificadas. A primeira é minha participação desde 2002 no Coletivo de Estudos de Política Educacional (Coletivo), grupo de estudos do CNPq coordenado por Lúcia Maria Wanderley Neves e André Silva Martins, lotado até 2005 na UFF e sediado na Fiocruz até 2011. O Coletivo havia realizado uma pesquisa entre 2002 e 2004 sobre as novas relações entre Estado e sociedade civil no Brasil a partir dos anos de 1990, publicada no livro “A Nova Pedagogia da Hegemonia – estratégias do capital para educar o consenso” (Neves, 2005).

O trabalho identificou o ideário e as práticas que permearam a ampliação do papel dos organismos da sociedade civil no contexto de reforma do Estado, principalmente a partir dos governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) (PSDB), instituindo uma nova noção de “público”, não mais identificado como “estatal”, mas como “de interesse público”. Procurou, ainda, investigar a recomposição da hegemonia do projeto empresarial no país, localizando na mídia, na escola e nas igrejas espaços de difusão fundamentais daquilo que chamamos de “nova pedagogia da hegemonia”. Tal recomposição se deu, em boa parte, pela transmutação das políticas sociais em serviços de interesse público, passíveis de serem prestados por entes públicos ou privados, ou mediante contratos ou convênios, legitimados por leis ou normas infraconstitucionais ao longo dos anos 1990 e primeira década de 2000, criando uma nova base material para o financiamento público do setor privado prestador desses serviços.

Em 2008, ano de meu ingresso no doutorado, o Coletivo estava desenvolvendo uma pesquisa sobre os mecanismos de difusão do ideário da nova pedagogia da hegemonia, que também contribuiu para direcionar meu olhar para a atuação política empresarial na formulação da política nacional de saúde nas duas últimas décadas.

Gestada entre 2006 e 2009, e publicada no livro “Direita para o social e esquerda para o capital – intelectuais da nova pedagogia da hegemonia” (Neves, 2010), tal análise

me possibilitou um aprofundamento da compreensão do conceito de intelectual, a partir do diálogo com as formulações gramscianas. Esta compreensão fundamenta o recorte temático escolhido para esta tese, que considera as entidades empresariais como intelectuais coletivos, portadores materiais de valores e ideias que sustentam suas ações no interior do Estado, não apenas como representantes de interesses corporativos, mas sobretudo como representantes de um projeto societário que buscam imprimir no desenho das políticas sociais.

A pesquisa de doutoramento de André Silva Martins sobre as novas formas de atuação empresarial, expressas por entidades como a Associação Brasileira de Empresários pela Cidadania (Cives) e o Instituto Ethos de Responsabilidade Social, foram fundamentais para a compreensão do contexto mais amplo de transformação do pensamento político empresarial brasileiro, nas décadas de 1990 a 2010, em consonância com o movimento instituído pela Terceira Via nos países capitalistas centrais, para difusão da nova pedagogia da hegemonia (Martins, 2009).

A partir da pesquisa empreendida por Júlio Lima, que resultou na sua tese de doutorado, encontrei as pistas para aprofundar o conhecimento sobre as entidades empresariais de saúde, e essa foi a segunda razão para dar prosseguimento ao estudo que aqui se apresenta. Lima explicita as principais mudanças instituídas na segunda metade dos anos 1990 no arcabouço legal que orienta a política nacional de saúde, a partir do Programa Nacional de Publicização, proposto pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Este amplo programa de privatização e terceirização das instituições públicas de saúde foi oficializado, entre outras medidas, pela lei 9.637/1998, conhecida como Lei das Organizações Sociais (OS). Tal lei autoriza a mudança da natureza jurídica das instituições públicas de direito público para direito privado, tornando-as fundação ou associação civil. Ainda, a lei possibilita a eliminação da figura do servidor público, permitindo a precarização e desregulamentação das relações de trabalho nessas instituições. A lei das OS permite, finalmente, a naturalização da dupla porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), ao permitir, como meio de captação adicional de recursos, a celebração de convênios com planos privados de saúde, e o compromisso com o faturamento, a produtividade e a otimização da relação custo-benefício na assistência à saúde.

A contribuição do estudo, para os objetivos que eu própria delineava, foi encontrada na relação que o autor estabelece entre tais reconfigurações e as entidades pelas quais os empresários da saúde vêm imprimindo seu projeto político, com destaque

para a CNSa e a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) (Lima, 2010). Foi, portanto, Júlio Lima quem me “deu de presente” o objeto desta tese - e na trilha de suas indagações pude alimentar as reflexões que resultaram no trabalho que se segue.

O fervilhar de questões suscitadas pelas discussões desenvolvidas pelo Coletivo, bem como pelo trabalho de Lima, foi contrastado pela percepção da rarefação dos estudos e debates sobre a história e o papel político das entidades empresariais na formulação da política nacional de saúde nas duas últimas décadas no Brasil. Essa foi considerada razão primordial para dar curso a esta pesquisa.

As disciplinas realizadas no doutorado e as discussões com professores e colegas da ENSP contribuíram para o amadurecimento do tema de pesquisa e para a delimitação mais precisa do objeto deste estudo. Agradeço, especialmente, aos professores Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Maria Helena Barros de Oliveira, Célia Leitão, Cristiani Vieira Machado, Luciana Dias de Lima, Tatiana Wargas Baptista (inclusive pelo encorajamento e pelas sugestões na banca de qualificação), Lígia Giovanella, Silvia Gerschman, Maria Inês Carsalade Martins, Márcia Teixeira, Alex Molinaro, Jeni Vaitsman, Eliane Holanda e Eliana Labra, e aos queridos colegas da turma do doutorado, em especial à Andréia, Camila, Sandra, Helena, Maria Angélica, Augusto, Islândia, Ronaldo, Maria Paula (turma 2008) e Angélica, Ana Lúcia e Mônica (turma 2009). Destaco a honra de ter realizado a disciplina de Teoria Política com o professor Carlos Nelson Coutinho, na Escola de Serviço Social da UFRJ, de fundamental importância para a construção das ideias que envolvem este trabalho.

A orientação de Sarah Escorel, em seu cuidado com o método e os conteúdos conceituais da pesquisa, possibilitou que minha índole divagadora ganhasse clareza, densidade e objetividade científica. Partiu dela a sugestão de convidarmos Lígia Bahia para co-orientar este trabalho, problematizando o tema escolhido e desafiando minhas precárias certezas. As reuniões de orientação me permitiram o diálogo franco com estas experientes e generosas pesquisadoras da política nacional de saúde, constituindo-se em momentos de grande aprendizado, dos quais sentirei saudades com o término deste trabalho. Para um desses momentos, ambas convidaram Henri Jouval, ex-diretor do Departamento de Planejamento de Saúde do INAMPS e atual assessor de Cooperação Internacional da Fiocruz, cuja conversa informal, da qual fiz anotações, tornaram-se um verdadeiro guia para a recuperação histórica sobre as relações entre o Estado e os interesses defendidos pelas entidades empresariais nos anos 1970 e 1980.

Os percalços da vida me impediram de realizar, até o último semestre de desenvolvimento da tese, as entrevistas (previstas na qualificação) com os representantes das entidades estudadas. Contudo, minhas orientadoras me encorajaram a realizá-las, com vistas a ampliar o quadro de fontes para refinar as informações obtidas até então. Convencemo-nos da necessidade de entrevistar também representantes do poder público que atuam no desenvolvimento de políticas com interfaces com essas entidades. A disponibilidade demonstrada pelos entrevistados, tanto para me receber quanto ao longo dos depoimentos, merece um registro especial.

Cumpra destacar o trabalho formidável de transcrição das gravações em áudio das entrevistas, realizado por Iara Falleiros Braga, mestre em saúde pela USP, que muito contribuiu para a confiabilidade das fontes orais produzidas.

Agradeço aos queridos familiares e amigos que me acolheram em suas casas nas viagens para realização da pesquisa de campo e das entrevistas. Em São Paulo: Fabíola, Gabriel e Miguel; Álvaro e Rita; Liliana e Luciano; e Netão e Mônica. Em Brasília: Apoé, Karem e Pilar; e Juliana e Vany.

Gostaria de fazer um agradecimento especial à Lúcia Neves e ao Júlio Lima, que leram as várias versões dessa tese – Júlio também na qualificação – e foram meus interlocutores pacientes, cuidadosos e constantes durante este trabalho.

Agradeço, ainda, ao professor Adolfo Horácio Chorny, por ter me acolhido, junto a um grupo de pesquisadores interessados em pensar os rumos da política nacional de saúde, e pelos ensinamentos, sobretudo, acerca da liberdade do pensamento científico, fazendo frente aos esquemas pré-definidos e ousando pensar propostas para o enfrentamento atual dos problemas de saúde da maioria da população brasileira, com a irreverência (no sentido da não-reverência), a sensibilidade e a inteligência aguçada que os grandes homens podem oferecer.

Ao longo do período em que desenvolvi esta tese ganhei muitos amigos. A esses, agradeço por me ajudarem a ver sentido na luta pela formação técnica e ético-política dos trabalhadores do SUS, e por me ensinarem, com sua coerência de ideias e práticas, que nossa contribuição enquanto educadores é identificar, valorizar e ajudar a cultivar o que os estudantes trazem consigo – o brilho e o frescor de seus ideais e sua potência transformadora. Mesmo arriscando esquecer alguém, não poderia deixar de mencionar Renata e Batistella, Ana Lúcia, André e Angélica, Camila, Felipe e Francini, Júlio, Felipe e Marcela, Márcia Valéria, Marise, Monica, Muza, Pina, Zé Roberto e Zé Victor

- com quem estreitei amizades que me ajudaram a redobrar o fôlego durante todo o tempo em que mergulhei neste estudo.

Agradeço aos colegas do LATEPS, que me ajudaram a segurar o “rojão” no tempo em que estive mais envolvida com a escrita da tese. Em especial, à Jô Medrado, que, ainda que tenha alçado novos vãos, estará sempre nas minhas melhores lembranças no cotidiano de trabalho desses quatro anos.

Agradeço ao pessoal do Coletivo, por continuar me inspirando nesse tempo em que precisei estar de licença para elaborar este trabalho.

Agradeço à “grande família” que deu o suporte material e afetivo para que esse trabalho se realizasse, em especial a Sueli, Iara, Iúri, Violeta, Aurora, Memélia (*in memorian*), Homerinho (*in memorian*), Cristina; Ana, Gene e Julião; Antonio e Marina (a esses um obrigada especial pelo *Café para Trabalhar* oferecido na reta final da escrita da tese), Pííí, Paulo, Jordana; Renata, Bati e Joana; Zezé, Tiana, Samuel e Denise (pelo enorme cuidado com minha saúde nesse período).

Agradeço aos amigos de sempre, por nos reconhecermos e nos acolhermos para além das distâncias geográficas e temporais que, por vezes, colocam-se entre nós: Mariana; Brandi; Luís; Janu, Edney e Cícero; Dani, Evandro e Henrique; Déia, Tadeu e João Vicente; Alberto; Flávia; Hélio; Daniel; Renato e Antonio Braz; Mário, Mari, Francisco e Joaquim.

Pela compreensão, agradeço muito a minha mãe, Sueli e aos meus irmãos, Iúri e Iara. Todos eles passaram por momentos delicados, importantes, difíceis, nos últimos quatro anos, em que eu certamente estaria mais próxima se não estivesse trabalhando nesta tese.

Pelo amor e pelo sentido maior da minha vida, agradeço à Zazá, Nara e ao Zeca. Espero que o resultado de tanto trabalho seja suficientemente satisfatório para ter valido a pena.

Aos estudantes da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, - essa moçada cheia “de calor, de cor, de sal, de sol, de coração pra sentir”, dedico esta tese.

Tendo como fio condutor a análise da atuação empresarial na saúde e seus impactos na política nacional de saúde, em perspectiva histórica e nas duas décadas de vigência do Sistema Único de Saúde (SUS), a tese se desenvolve em três partes, além da Introdução - na qual se expõe a abordagem teórica, os materiais e o método de pesquisa - e das Considerações Finais.

A **Parte I** apresenta os traços gerais das mudanças na relação Estado-sociedade civil implementadas no Brasil a partir dos anos 1990, enfatizando seus impactos na formulação e implementação das políticas sociais.

A **Parte II** apresenta os determinantes históricos do surgimento/desenvolvimento de entidades empresariais de saúde no contexto dos anos 1960-70, em que a política de assistência médica fortaleceu o empresariamento na área, e discute o papel dessas entidades no confronto de projetos para a política nacional de saúde, no contexto dos anos 1980-90.

A **Parte III** destaca o surgimento de novas entidades empresariais de saúde, especialmente da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSa), a partir da análise dos determinantes econômicos, políticos e culturais das políticas sociais do rearranjo das relações entre Estado e sociedade, com vistas a compreender as mudanças neste papel no movimento de reacomodação de forças políticas no Brasil nos anos 1990-2010. Ainda, pontua os principais valores, ideias e ações empreendidos pela CNSa, voltados à construção, difusão e implementação de uma agenda de colaboração no desenvolvimento da política nacional de saúde na primeira década de 2000, com vistas à organização dos interesses empresariais na área. Discute a ampliação do grau de organização política dessas entidades ao longo da primeira década de 2000, avaliando os impactos de suas agendas na política nacional de saúde desenvolvida no período.

Introdução – referencial teórico, materiais e método

Creio que já é hora de superar a suposição ingênua de que um Ministério seja identificado à figura de seu titular ou mesmo de que o Estado equivalha ou se reduza ao próprio presidente. Estudar o Estado é investir na pesquisa sobre quais sujeitos coletivos, organizados na Sociedade Civil contam com representantes – intelectuais – junto a que organismos estatais. Estudar o Estado é verificar a que interesses – quase sempre conflitantes – suas várias agências privilegiam, ao definir e perpetrar suas mais distintas políticas. É também investigar que outros aparelhos, privados de hegemonia, contam com porta-vozes – ainda que em posição não-hegemônica – junto a cada um dos “aparelhos” estatais. Estudar o Estado, enfim, é estudar o conflito e não a homogeneidade. (Sônia Mendonça, Estado e políticas públicas – considerações político-conceituais, 2007, p.7)

Esta tese tem como tema as entidades representantes dos empresários da saúde no Brasil, com destaque para a CNSa, em sua atuação entre 1994 e 2010, tratando da natureza e das formas de inserção de sua presença e participação em órgãos estatais e influência no processo de formação da política nacional de saúde. O aspecto central a ser discutido diz respeito à ampliação da organização política coletiva alcançada pelos empresários da saúde na última década, expressa na atuação da CNSa - tanto na defesa dos interesses de seus associados quanto em relação às instâncias estatais de definição da política nacional de saúde.

Tal discussão tem por base as formulações de Antonio Gramsci e Nicos Poulantzas acerca da relação Estado-sociedade civil, das forças atuantes no Estado capitalista e dos sujeitos políticos, individuais e coletivos, que disputam visões de mundo e inscrevem, a partir dessas visões, projetos distintos no interior do Estado. Antonio Gramsci, jornalista e político italiano, fundador do Partido Comunista em seu país, condenado à prisão pelo regime fascista de Mussolini entre 1926 e 1935, desenvolveu seu pensamento político a partir da reflexão sobre as possibilidades de transformação das relações sociais capitalistas, num contexto de intensas mudanças observadas nos modos de participação, com a profusão das formas associativas na sociedade civil nas sociedades urbano-industriais capitalistas de seu tempo.

Gramsci compreendeu o papel assumido diretamente pelo Estado capitalista, nas sociedades modernas de sua época, de conformar técnica e eticamente toda a sociedade, os diversos grupos sociais e os indivíduos, singularmente, à sociabilidade capitalista, nomeando-o Estado educador (Gramsci, 2002). Preocupado com a educação, tanto em sentido estrito como em sentido amplo, Gramsci investigou as formas de “educar o consenso” operadas pelo Estado capitalista nas formações sociais caracterizadas por uma sociedade civil altamente desenvolvida. Compreendendo que o centro unitário na

análise (e na ação) política é a relação entre o Estado e a sociedade civil, ou a “intervenção do Estado (vontade centralizada) para educar o educador, o ambiente social em geral” (Gramsci, 2001a, p.237), o pensador analisou a sociedade civil como arena privilegiada de embate entre forças políticas com visões de mundo distintas e/ou antagônicas, bem como as interfaces dessas forças com as instituições estatais - e seu papel na produção do consenso sobre um determinado projeto de sociedade.

Observando a difusão do que chamou de “aparelhos privados de hegemonia” nas sociedades urbano-industriais, ainda nas primeiras décadas do século XX, Gramsci relacionou o processo de ampliação do Estado, para além de seus aparelhos coercitivos tradicionais, à disseminação de tais formas associativas no âmbito da sociedade civil.

Nesse sentido, percebeu que os aparelhos privados de hegemonia alargavam as possibilidades de participação política e de exercício da hegemonia, por meio de sua atuação na sociedade civil, a partir de diferentes níveis de consciência e organização política coletiva. Denominou, assim, o nível mais elementar de consciência e organização de “econômico-corporativo”, aquele no qual são representados interesses mais restritos ao âmbito econômico, ou em que se percebe “a unidade homogênea do grupo profissional e o dever de organizá-la, mas não ainda a unidade do grupo social mais amplo”. Um segundo nível, intermediário, foi definido como aquele em que os interesses corporativos assumem caráter mais abrangente, “em que se atinge a consciência da solidariedade de interesses entre todos os membros do grupo social, mas ainda no campo meramente econômico”. Ainda que, neste nível, já se apresente a problemática do Estado, ela se situa “apenas no terreno da obtenção de uma igualdade político-jurídica com os grupos dominantes, já que se reivindica o direito de participar da legislação e da administração e mesmo de modificá-las, de reformá-las, mas nos quadros fundamentais existentes”. O nível mais elevado seria aquele em que os interesses corporativos superariam seus fins meramente econômicos, fazendo-se identificar como interesse de todos, por meio da incorporação subalterna dos interesses corporativos de outros grupos sociais. Esta seria a fase propriamente política, na qual o ideário de um grupo assume caráter universal e passa a exercer a hegemonia (Gramsci, 2002, p. 41).

Como destacado anteriormente, embora Gramsci mirasse a transformação das relações sociais capitalistas, suas reflexões dizem respeito não somente às formas organizativas estratégicas para conquista da hegemonia pelas classes populares. O movimento analisado pelo pensador lança luzes sobre as entidades de representação dos

grupos e frações dominantes, atuantes no âmbito da sociedade civil, com vistas à inscrição de seus interesses nos aparelhos estatais e, conforme seu grau de autoconsciência e organização, à disputa pela hegemonia.

A hegemonia foi definida por Gramsci como uma relação de dominação fundamentada na coerção e no consenso: a primeira exercida com base nas leis, nos tribunais e no monopólio da segurança; e o segundo exercido por meio do convencimento e da ampla adesão aos valores, ideias e práticas do grupo dominante. Sobre esse segundo ponto, Gramsci afirma que “toda relação de ‘hegemonia’ é uma relação pedagógica, que se verifica não apenas no interior de uma nação, entre as diversas forças que a compõem, mas em todo o campo internacional e mundial, entre conjuntos de civilizações nacionais e continentais” (Gramsci, 2001a, p. 399).

Neste sentido, os grupos dominantes se colocam, constantemente, “o problema de conservar a unidade ideológica de todo o bloco social que está cimentado e unificado justamente por aquela determinada ideologia”, compreendida como uma cultura, ou concepção do mundo, expressa em todas as manifestações de vida individuais e coletivas (Gramsci, 2001a, p. 98-99). Por intermédio do Estado, esses grupos buscam se educar e educar os grupos subordinados para o consenso em torno de seus valores, ideias, interesses e práticas.

As aproximações entre o pensamento de Gramsci e a ampliação das formas e graus de participação política na sociedade civil brasileira se inscrevem num debate acadêmico em que se apresentam estudos que identificam o início desse processo de ampliação, ao longo da primeira metade do século XX, no desenvolvimento de entidades ligadas a frações não-hegemônicas de proprietários agrícolas e seu assessoramento de algumas entidades estatais, especialmente o Ministério da Agricultura (Mendonça, 1997). Outros afirmam que esta só pode ser claramente verificada no contexto da redemocratização nos anos 1980, num processo de ocidentalização periférico e tardio, no qual uma sociedade civil fortalecida passa a integrar mais significativamente o Estado, complexificando a ordem social no país (Coutinho, 2000). Essas perspectivas podem ser consideradas complementares, uma vez que tratam de um movimento de transformação de longo prazo, que atinge seu estágio mais avançado no contexto da transição democrática, no qual a sociedade civil brasileira desponta como uma efervescente arena política no processo de reivindicação por direitos civis, políticos e sociais.

A atual política nacional de saúde, compreendida como uma das resultantes dos embates instituídos no contexto da redemocratização entre forças políticas com visões de mundo distintas e/ou antagônicas é perpassada pelas forças publicizantes reunidas em torno do movimento sanitário, e também é atravessada pelos interesses empresariais na área. Apesar do intenso empresariamento da assistência à saúde, promovido pelo sistema previdenciário ao longo da ditadura militar, as forças publicizantes foram capazes de construir um sistema de saúde público e universal, instituindo-o como Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988. Entretanto, as forças empresariais, que, ao longo dos anos 1960 e 1970, atuaram fortemente no interior do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), vêm, nos últimos vinte anos, buscando ampliar sua participação, tanto no âmbito da sociedade civil quanto no âmbito das instituições estatais. O aumento do dinamismo empresarial na saúde é promovido por meio de novas formas de obtenção de recursos públicos para o setor privado lucrativo e não lucrativo, mas também por meio da difusão de uma nova cultura para a área. Os difusores desta cultura são os próprios empresários, por meio de suas entidades representativas atuantes no país desde os anos 1960, em diferentes níveis de consciência e organização política.

Esses diferentes graus de autoconsciência e organização dependem da capacidade de atuação de seus organizadores e dirigentes, sinônimo de intelectuais para Gramsci. Segundo o autor, todo grupo social dominante elabora uma categoria de intelectuais própria. Superando uma visão tradicional e vulgarizada de intelectual como literato, filósofo ou artista, o pensador italiano afirma que, no mundo moderno, “o novo tipo de intelectual” é aquele que se insere ativamente na vida prática, “como construtor, organizador, ‘persuasor permanentemente’”, tornando-se especialista e político, ou seja, *dirigente* (Gramsci, 2001b, p.53, grifo nosso).

Compreende-se, assim, a CNSa como aparelho privado de hegemonia, que vem buscando elevar o grau de autoconsciência e organização política dos empresários da saúde, atuando como intelectual coletivo de uma fração das classes dominantes brasileiras, ligada à prestação de serviços médico-hospitalares. A partir dessa compreensão, a pesquisa desenvolvida nesta tese investiga o papel desempenhado por essa entidade, através da atuação de seus intelectuais orgânicos individuais, como construtores, organizadores e difusores de uma ideologia/visão de mundo. Investiga, ainda, o quanto essa visão de mundo vem se articulando ao modo de pensar, sentir e agir elaborado e difundido pelos grupos empresariais nacionais mais modernos e melhor

integrados às esferas estatais, sobretudo na primeira década do século XXI.

As reflexões de Nicos Poulantzas, cientista político grego radicado na França e dedicado às reflexões sobre o socialismo democrático, atualizam e aprofundam o pensamento de Gramsci no que tange à concepção de Estado. Especialmente em sua obra “O Estado, o poder, o socialismo”, publicada originalmente em 1978, Poulantzas apresenta sua teoria relacional do Estado capitalista, tomando-o, não como mediador dos conflitos entre as classes sociais, tampouco como mecanicamente vinculado aos interesses exclusivos de uma única classe, mas a partir de sua ‘autonomia relativa’, no que tange os interesses de uma ou outra fração dominante. Diferencia-se da visão de Estado “sujeito” - seja como ente regulador do crescimento econômico e provedor de políticas sociais, constante em boa parte das análises sobre o Estado keynesiano e o Estado desenvolvimentista, seja como árbitro, nas acepções de corte neoliberal, intervindo nos domínios do mercado apenas quando “necessário”, e gerenciando as relações público-privadas instituídas em seus próprios domínios. Visa, igualmente, suplantar uma visão reducionista do Estado, tido como “objeto” monopolizado pela burguesia ou fração, correspondendo ao instrumento de materialização de seus interesses, desconsiderando as mediações históricas e os conflitos e confrontos sociais nele engendrados.

Tendo vivido o processo de consolidação, nos países capitalistas centrais, do Estado-Providência, bem como o insucesso de experiências de Estados socialistas no Leste Europeu e na União Soviética, Poulantzas retomou as análises feitas por Gramsci sobre a correlação de forças inscritas no Estado, definidas como um ‘equilíbrio instável dos compromissos’ entre os grupos dominantes e os grupos subordinados, e sobre o duplo papel deste Estado: de organizar os interesses de longo prazo do conjunto dos grupos dominantes e desorganizar as lutas populares - “polarizando-as para o bloco no poder e ao curto-circuitar suas organizações políticas específicas” (Poulantzas, 2000, p.143).

Esta ‘teoria relacional’ permite compreender que o Estado capitalista não é criado pelas classes dominantes para sua conveniência própria. Embora o Estado capitalista constitua essas classes como politicamente dominantes, e, sob a hegemonia de uma de suas frações, organize e unifique os interesses capitalistas de longo prazo, este Estado reproduz em seu seio a divisão social do trabalho, já que os aparelhos estatais se organizam numa estrutura hierárquica-burocrática. O Estado é, assim, constituído pelas contradições de classe, concentrando a relação de forças entre as

frações do bloco no poder e também a relação de forças entre estas e as classes dominadas. Diz Poulantzas (2000, p.143-144):

Na realidade, as lutas populares atravessam o Estado de lado a lado, e isso não acontece porque uma entidade intrínseca penetra-o do exterior. Se as lutas políticas que ocorrem no Estado atravessam seus aparelhos, é porque essas lutas estão desde já inscritas na trama do Estado do qual elas esboçam a configuração estratégica.

O autor compreende que as funções econômicas do Estado capitalista “só existem quando investidas na luta de classes, e têm, portanto, um caráter e um conteúdo políticos” (*Idem, ibidem*, p.175-176). Nesse sentido, os limites impostos pelas lutas populares aos interesses imediatos dos grupos dominantes, no interior dos aparelhos estatais, são tratados por meio do estabelecimento de “um jogo (variável) de compromissos provisórios entre o bloco no poder e determinadas classes dominadas” (Poulantzas, 2000, p. 142). As “reviravoltas da política governamental, feita de acelerações e freadas, de recuos, de hesitações, de permanentes mudanças”, são expressão da própria ossatura desse Estado, cujas burocracias, instituições e políticas são atravessadas pelas lutas sociais e pelas contradições internas ao bloco no poder (Poulantzas, 2000, p. 138).

Em suma, com base em Gramsci e em Poulantzas, afirmar o Estado enquanto expressão do conjunto das relações sociais, sempre provisórias, num determinado contexto, significa compreendê-lo como instância na qual se expressam relações entre os grupos sociais organizados, em condições desiguais, na esfera da produção econômica e na esfera política da sociedade civil. Essas organizações constroem visões de mundo distintas a partir de suas experiências de luta e da consciência de seu papel na totalidade da vida social, e a partir delas inscrevem, no âmbito dos aparelhos do Estado, de modo dominante ou subalterno, diferentes projetos para a sociedade. As estratégias de convencimento operadas pelos diferentes grupos sociais, tanto na sociedade civil quanto nas instituições estatais, são entendidas, nesta perspectiva, como aspectos fundamentais no direcionamento das políticas definidas pelo Estado.

A dimensão cultural assume importância no conjunto das relações sociais, expressando-se nas variadas formas de obtenção do consenso sobre um determinado projeto de sociedade. E ainda, os projetos de sociedade em disputa, nas instituições do Estado e na sociedade civil, não se identificam mecanicamente com uma classe social, na medida em que podem evidenciar tensões entre frações de uma mesma classe na definição de um projeto, bem como expressar convergências operadas entre classes distintas, garantidas por estratégias de convencimento e cooptação.

É nesse sentido que se compreende que, em termos gerais, os Estados capitalistas se constituíram como promotores de políticas econômicas, financeiras e sociais, conforme a correlação de forças neles instituídas em suas diferentes conjunturas. Concentrando o monopólio da força (seja pela lei ou pelo aparato militar), as suas instituições expressam a hegemonia de um projeto de sociedade, e põem em ação a coerção sobre as classes subalternas nos momentos em que se vêm ameaçadas. O consenso é outro mecanismo operado para manutenção da hegemonia de uma classe sobre as demais.

A relação entre a economia e a política trabalhada por Poulantzas permite observá-las como um bloco histórico, cujos determinantes não podem ser analisados senão a partir de sua articulação ao conjunto das relações sociais que constituem determinada sociedade. Assim, questionando “por que o Estado toma a cargo setores perfeitamente rentáveis para o capital?”, Poulantzas reafirma a função do Estado capitalista de organizador dos interesses do bloco dominante em seu conjunto, discorrendo sobre os riscos do encargo dessas funções serem desviadas, “de maneira selvagem”, em benefício único e de curto prazo de uma fração ou capital individual. Nesse sentido, o “cumprimento dessas funções pelo Estado de interesse geral para a burguesia *em seu conjunto* é assim uma necessidade política” (Poulantzas, 2000, p.185, grifo do autor).

A pergunta permite que o autor explicita, também, a função do Estado capitalista de desorganizar as lutas populares, pelo monopólio da violência, exercida por diversas formas de expropriação, por meio da reprodução e gestão da força de trabalho, e por meio de procedimentos político-ideológicos:

... é ao materializar a ideologia que o apresenta como representante do interesse geral e do bem-estar comum acima das classes, que o Estado se incumbe diretamente das funções econômicas ocultando das classes populares seu real conteúdo de classe. Quanto mais essas medidas se aplicam à aceleração da taxa de exploração (mais-valia relativa), mais seu encargo direto pelo Estado torna-se, do ponto de vista político-ideológico, necessário. (Poulantzas, 2000, p. 187)

As medidas sociais do Estado-Providência, nesse sentido, embora resultantes das lutas ou ameaças impostas pela organização das classes subalternas ao equilíbrio de forças inscritas no Estado, são compreendidas também como uma elaboração, por parte desse Estado, das demandas dessas classes, restringindo-as a um nível fragmentário e pontual, para garantia do equilíbrio de longo prazo em favor do capital. Assim:

... a assunção pelo próprio Estado de certas reivindicações materiais populares que podem encobrir, no momento em que são impostas, uma significação bastante radical (ensino público livre e gratuito, segurança social, assistência-desemprego etc.), pode a

longo termo favorecer a hegemonia de classe. Essas ‘conquistas populares’ podem, quando de uma mudança da relação de forças, ser progressivamente despojadas de seu conteúdo e caracteres iniciais, e isso de maneira oblíqua e dissimulada. (Poulantzas, 2000, p. 189)

Analisando o enfraquecimento das lutas populares promovido pelo Estado capitalista, o autor verifica o papel das políticas sociais do Estado-Providência de aumentar a estratificação das classes populares, por meio da organização do espaço nos transportes e na moradia, e das políticas de saúde e segurança social, separando-as em veículos, bairros, filas, acessos e tratamentos diferenciados, conforme sua categorização como pequena burguesia assalariada, classe operária, trabalhadores emigrantes etc. Mais diretamente, quanto à saúde, Poulantzas afirma (2000, p. 193):

As aparelhagens institucionais de saúde (segurança social, medicina, hospitais, asilos), da assistência social, do urbanismo, dos equipamentos coletivos, do lazer, são marcadas com o selo ‘burguês’. Essas medidas influem na reprodução capitalista da força de trabalho e na divisão social do trabalho, mesmo se sua existência é devida, por um lado, às lutas populares e representam, às vezes, uma vitória.

O pensamento de Poulantzas vem inspirando autores brasileiros em suas análises sobre a política social do Estado capitalista, sobre a política previdenciária, de saúde, de assistência social e educacional no país (Falleiros, 2009; Oliveira e Teixeira, 1985; Mota, 2008; Neves, 2005; entre outros). Nesse sentido, Falleiros (2009) apresenta os simultâneos papéis da política social do Estado liberal (hoje neoliberal), desenvolvido nos países de capitalismo avançado e dependente ao longo do século XX, compreendendo que, em termos gerais, esses papéis se relacionam: à compensação e proteção dos “fracos”, em nome de uma justiça distributiva, da equidade ou da igualdade de oportunidades – por meio da garantia de mínimos (fixação de salário, definição de limites mínimos para os seguros e para o auxílio social, por exemplo); à garantia de acessibilidade e da universalidade de serviços básicos de educação e saúde, entre outros, associada à garantia da livre escolha; à institucionalização dos conflitos (legislando quanto ao direito à greve, interpondo-se nos conflitos entre proprietários e locatários e entre comerciantes e consumidores, por exemplo); e à cobertura dos riscos sociais. Sobre este último ponto, explica que, “na visão liberal, o maior risco é a interrupção ou perda de renda” (*Ibidem*, p. 50-51):

Em nome do direito à vida, os liberais utilizam uma linguagem de solidariedade coletiva para estabelecer um sistema de previdência social que cubra os riscos inerentes a uma economia de mercado (produção e consumo). O relatório Beveridge, no qual se inspiraram quase todos os regimes de seguro social de pós-guerra, defende este direito à vida. Na França, fala-se do estabelecimento de uma solidariedade entre aqueles que trabalham e aqueles que não trabalham, dos jovens com os velhos, dos sadios com os doentes. Esta visão liberal de cobertura dos riscos foi adotada, em larga escala, depois da grande crise de 1930. Então, os governos liberais tiveram de implantar um regime

obrigatório (baseado no risco e não na culpa) financiado e de controle administrativo da força de trabalho. Mas esses regimes guardam, assim mesmo, o princípio da poupança, da capitalização, da diminuição dos custos, de uma gestão de mão-de-obra em grande escala. Além disso, podem manter dispendiosos serviços de profissionais e tecnocratas.

Analisando os conflitos capital/trabalho nas diferentes conjunturas e formações sociais, Falleiros (2009, p. 59, grifo do autor) elucida o quanto as políticas sociais do Estado capitalista resultam

do movimento do capital e, ao mesmo tempo, dos movimentos sociais concretos que o *obrigam* a cuidar da saúde, da duração da vida do trabalhador, da sua reprodução imediata e a longo prazo.

Assim, a tensão constante entre privatização e mercadorização das políticas sociais *versus* sua publicização e desmercadorização é compreendida como “inerente às contradições entre capital e trabalho e Estado e sociedade” capitalistas (*Ibidem*, p. 67).

Também na trilha de Gramsci e Poulanzas, Mota (2008) apresenta uma análise da política social produzida no Brasil, a partir dos anos 1990, por meio do estabelecimento de um consentimento ativo dos trabalhadores pelos empresários, pela burocracia estatal e pelos organismos financeiros internacionais. É Mota quem fornece as bases para compreensão, nesta tese, da “cultura de crise” econômica, social e política, gestada na década de 1980 e primeiros anos da década de 1990, a partir da inserção do Brasil na ordem capitalista mundial, e de seu papel na formação de uma nova cultura, na qual se verifica a recomposição das forças hegemônicas no país, nomeada pela autora de “cultura do consentimento” (2008, p. 147, grifos da autora):

... o processo vem sendo *molecularmente* trabalhado pela burguesia, na medida em que as classes dominantes tentam socializar com as classes trabalhadoras um suposto dilema da *justiça e equidade* capitalistas, como sendo uma problemática dos assalariados, agora reconceituados como *cidadãos proprietários consumidores* e/ou *cidadãos pobres e assistidos*.

O trabalho do Coletivo de Estudos de Política Educacional (Neves, 2005), por sua vez, inspira a discussão de fundo apresentada nesta tese, sobre a “cultura do consentimento”, que vem se aprofundando na primeira década do século XXI, tornando-se uma “cultura da colaboração”, a partir da nova pedagogia da hegemonia, ou das estratégias implementadas na década de 1990 e primeira década dos anos 2000 no país pelo bloco capitalista no poder. O trabalho compreende que este novo bloco histórico se conformou, em âmbito mundial e também nacional, com o fim da guerra fria, com a crise estrutural de acumulação capitalista e o nível de racionalização alcançado pelo modo de produção social hegemônico nas últimas décadas do século XX

... consubstanciado na mundialização da produção, na difusão do paradigma da acumulação flexível de organização produtiva, assim como na introdução e na difusão

aceleradas da microeletrônica e da informática na organização do trabalho e no cotidiano dos cidadãos, determina[ndo] a elaboração de um novo tipo humano, de um novo homem coletivo, conforme aos novos requerimentos da reprodução das relações sociais vigentes. Por outro lado, o desemprego estrutural, a precarização das relações de trabalho e das condições de vida de um contingente cada vez maior de trabalhadores levam o capital a redefinir suas estratégias de busca do consenso da maioria das populações no limiar do século XXI. (Neves, 2005, p. 32)

Nesta perspectiva, a nova pedagogia da hegemonia corresponde ao papel educador do Estado capitalista neste novo contexto, redefinidor do padrão de politização das classes sociais. A estratégia de investimento em um novo modelo de cidadania tem como pressuposto o desmantelamento e/ou refuncionalização dos aparelhos privados de hegemonia da classe trabalhadora até então voltados à ampliação de direitos e/ou à construção de outro projeto de sociabilidade, bem como o estímulo estatal à expansão dos grupos de interesses, entre as classes subalternas, não diretamente ligados às relações de trabalho, fortalecendo identidades extra-econômicas e desvinculando-as de temáticas sociais gerais. Ainda que se reconheça a presença de impulsos emancipatórios fortes e promissores no seio das sociedades capitalistas contemporâneas, o estudo do Coletivo verifica que a sua tônica vem incidindo prioritariamente contra o neoliberalismo, e só secundariamente contra o capitalismo (Neves, 2005), desconsiderando que o primeiro é uma das expressões do segundo.

O trabalho evidencia as tensões que envolvem a implementação da nova pedagogia da hegemonia no atual contexto mundial e brasileiro. As políticas sociais se apresentam, assim, como importante mecanismo de obtenção do consenso do conjunto das classes sociais para legitimação da ordem capitalista vigente. São resultado de determinações econômicas, políticas e culturais desses Estados, e expressam as mudanças nas relações econômicas, de poder e de visão de mundo que se estabelecem na fase do capitalismo inaugurada com o aumento da produtividade do trabalho e intensificação das suas formas de exploração. Mas, ao mesmo tempo, as políticas sociais são também resultado das lutas organizadas pelos trabalhadores por ampliação de direitos, materializando a correlação de forças no interior desse Estado. Uma vez incorporadas ao projeto societário dominante de modo pontual e fragmentário, podem, contudo, contribuir para o enfraquecimento e a desarticulação dessas lutas.

Em síntese, a tese parte dos conceitos gramscianos de “Estado educador”, “sociedade civil”, “graus de consciência e organização política coletiva” e “intelectuais”, bem como das definições poulantzianas acerca do Estado como condensação de relação de forças e do Estado organizador/desorganizador dos interesses

das classes dominante/subalterna, bem como sobre a função das políticas sociais no Estado capitalista. Parte, ainda, das discussões - situadas historicamente no Brasil dos anos finais do século XX e primeira década do XXI, nomeadas de “cultura de crise”, “cultura do consentimento (Mota, 2008), e de “nova pedagogia da hegemonia” (Neves, 2005).

A pesquisa empírica foi iniciada com o mapeamento das entidades empresariais de saúde com vínculos mais diretos com a assistência pública e privada à saúde.

Tal procedimento evidenciou a existência de dois subgrupos de entidades: a) aquelas de âmbito **associativo**, com destaque para a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB – criada em 1963), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH – criada em 1966), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE – criada em 1966), a Confederação das Cooperativas Médicas (Unimed – unificada em 1972) e a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP – criada em 2001); b) aquelas de âmbito **sindical**, com destaque para os sindicatos e federações patronais de saúde, como o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (SINDHOSP – criado em 1938) e a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS – criada em 1982 e filiada à Confederação Nacional do Comércio), bem como a própria CNSa (criada em 1994, adquirindo estatuto legal em 2001).

Para situar a atuação da CNSa no âmbito das instituições do Estado, buscando explorar o papel desempenhado pela entidade ao longo das diferentes conjunturas políticas entre 1994 e 2010, foram levantadas e analisadas diferentes fontes.

As publicações das entidades empresariais de saúde voltadas aos seus associados e filiados - especialmente anuários, jornais e revistas disponibilizados *online* em seus *sites*, informaram sobre a presença de lideranças empresariais comuns no processo de constituição de diferentes entidades patronais de saúde, possibilitando uma delimitação histórica de seu desenvolvimento e sugerindo hipóteses sobre as razões e os objetivos envolvidos na criação da CNSa, para representar, em grau máximo - segundo a legislação sindical brasileira -, os interesses patronais na área da saúde.

As Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) apresentadas pela CNSa ao Supremo Tribunal Federal (STF) entre 1994 e 2010 foram mapeadas, organizadas e tabuladas nesta pesquisa. Foram encontradas catorze ADI no portal *online* do STF, mediante utilização dos seguintes termos de busca: “Confederação Nacional de Saúde”,

“Confederação Nacional da Saúde” e “CNS”. Sua análise considerou o movimento de ampliação do grau de organização política da entidade.

O Projeto de Lei do Senado (PLS) 131/2001, que cria o Sistema S da Saúde, foi outra fonte importante para esta pesquisa. A análise da tramitação do PLS, arquivado no início de 2011, ao final da legislatura de seu relator, foi complementada por documentos como a minuta da Audiência Pública ocorrida na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, em 2005, e o parecer emitido pela Advocacia-Geral da União acerca da não-existência de óbice jurídico à criação do Sistema S da saúde, em 2008 (Parecer/Conjur/MTE n° 508/2008).

Para investigação das interfaces entre a CNSa e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), foram analisadas as atas das reuniões, resoluções, recomendações e moções do Conselho Nacional de Saúde; atas das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde; e atas do Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (CODEFAT), nos períodos em que a entidade vem participando destes fóruns.

Foi realizada observação em dois congressos organizados/apoiados pela CNSa: o Congresso Latino-Americano de Serviços de Saúde (CLASSAÚDE), integrante do evento “Feira + Fórum Hospitalar”, ocorrido no ExpoCenter Norte, em São Paulo, entre 25 e 27 de maio de 2011; e o “Hospital *Business* - I Fórum Internacional de Gestão em Saúde”, ocorrido no Hotel Windsor Atlântica, no Rio de Janeiro, em 27 e 28 de outubro de 2011. As anotações de campo, as publicações das entidades empresariais coletadas e os livros lançados em ambos eventos foram incorporados à análise e se configuraram em importantes materiais de pesquisa.

As entrevistas foram realizadas após o mapeamento histórico da atuação das entidades representantes dos empresários prestadores de serviços de saúde, bem como após o estudo de sua atuação na defesa dos interesses mais imediatos de seus associados e de sua participação nos fóruns públicos de discussão/deliberação da política nacional de saúde. Essa etapa final de processamento de informações foi útil para preencher lacunas que as demais fontes não puderam fornecer², permitindo o cruzamento de dados e a complementação fundamental para a elaboração da tese.

² Anexo à tese seguem os seguintes documentos devidamente autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz: termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos entrevistados como primeiro procedimento para realização das entrevistas; roteiro elaborado para as entrevistas com os

Foram entrevistados nesta pesquisa cinco representantes de entidades empresariais de saúde: dois da CNSa (seu presidente desde 2004 até o momento atual – José Carlos de Souza Abrahão, e seu representante no CNS e na Mesa de Negociação do SUS, Olympio Távora); um do SINDHOSP (seu presidente desde 1994, Dante Ancona Montagnana); um da CMB [presidente da entidade entre 2005 e 2010, e deputado federal e presidente da Frente Parlamentar de Apoio às Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na Área de Saúde, Antonio Luiz Paranhos de Brito (PTB-BA, (gestão 30/03/05 a 31/01/11)]; e um da ANAHP (seu diretor-executivo, Daniel Coudry).

Representantes da FBH e da FENAESS foram contatados, mas a impossibilidade de conciliação de agenda impediu a realização dessas entrevistas. Como o representante da CNSa, Olympio Távora, havia sido anteriormente representante da FBH em Brasília, buscou-se, ao longo da entrevista com ele, perguntar aspectos relativos à sua atuação nessa entidade. O mesmo procedimento foi adotado em relação à FENAESS, principal entidade fundadora da CNSa, ao longo das entrevistas com o presidente do SINDHOSP, Dante Montagnana, e com o presidente da própria CNSa, José Carlos Abrahão.

Foram, ainda, entrevistados para esta pesquisa, três representantes do poder público: Maria do Carmo – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde; Carlos Figueiredo – Diretoria de Desenvolvimento Setorial, da Gerência de Relações com Prestadores de Serviços/Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e Sandro Ambrósio – gerente responsável pelas operações com empresas privadas de saúde, do Departamento de Operações e Infraestrutura Sociais/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)³.

Os roteiros de entrevista serviram de base para a construção do quadro temático utilizado para a análise e o cruzamento das entrevistas, organizado em dez itens: 1. História da organização das entidades empresariais de saúde no Brasil; 2. Papel da instituição que o entrevistado representa; 3. Papel da CNSa; 4. Ações da CNSa com interfaces com outras instituições (relações entre a CNSa e o legislativo; CNSa e o executivo central; CNSa e ANS; CNSa e o judiciário; CNSa e Associações Médicas;

representantes das entidades empresariais e roteiro para as entrevistas com os representantes do poder público selecionados.

³ Kellen Santos Rezende, coordenadora da base química e tecnológica do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS) – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde/Ministério da Saúde, foi também entrevistada para esta pesquisa. Suas contribuições, contudo, escaparam às possibilidades de aprofundamento do estudo empreendido para esta tese, podendo ser incorporadas em artigos futuros da pesquisadora relacionados às entidades empresariais produtoras de equipamentos e insumos para a área da saúde e suas interfaces com a política nacional de saúde.

CNSa e entidades sindicais de trabalhadores); 5. Política nacional de saúde e as relações público-privadas (regulamentação da EC 29 e recursos públicos repassados para o setor privado; tributação); 6. Financiamento, BNDES e créditos; 7. Financiamento externo a hospitais; 8. Sustentabilidade; 9. Gestão corporativa e acreditação; 10. responsabilidade social; 11. Sistema S da Saúde; 11. Federação Internacional de Hospitais (IHF); 12. Eventos empresariais.

Para organização da escrita da tese, optou-se por sua divisão em três partes.

Na primeira parte, são apresentados os elementos centrais que vêm reconfigurando as relações entre Estado e sociedade civil, com base na cultura da colaboração. Tal cultura propaga que todos os indivíduos e grupos organizados unam esforços e colaborem com as instituições estatais para o enfrentamento dos problemas ligados à saúde, contribuindo para a constituição de uma sociedade de bem-estar, com a expansão e sustentabilidade do mercado privado de serviços públicos não-estatais, em contraponto ao Estado de bem-estar social.

Na segunda parte, recorre-se a obras de referência na área da saúde coletiva para apresentar uma síntese da política nacional de saúde desenvolvida entre 1970 e 1990, delineando-se as origens das entidades empresariais de saúde, no bojo do processo de privatização da assistência promovido pelo Estado brasileiro ao longo da ditadura militar e o desenvolvimento dessas entidades, no contexto de mudança na arena política da saúde promovida pelo fortalecimento do movimento sanitário e pela inscrição de um projeto publicizante na área.

Na terceira parte, em diálogo com as anteriores, procede-se a apresentação dos resultados da pesquisa empírica, a partir dos quais se descortina o papel das entidades empresariais no redirecionamento da política nacional de saúde, a partir dos anos 1990, em diferentes níveis: em um nível econômico-corporativo, unificando seus interesses para atuar na tensão com as demandas articuladas pelos trabalhadores por redução da carga de trabalho, reajuste salarial, e na tensão com o poder público por repasses, isenções e regulamentações; e num nível ético-político, buscando superar divergências internas entre empresários hospitalares e empresários de planos de saúde, bem como com as instituições públicas, em nome de um projeto comum para a área, fundamentado na cultura da colaboração.

PARTE I - Estado-sociedade civil e a cultura da colaboração no Brasil

‘Sociedade civil’ constitui não somente uma relação inteiramente nova entre o ‘público’ e o ‘privado, mas um reino ‘privado’ inteiramente novo, com clara presença e opressão pública própria, uma estrutura de poder e dominação única e uma cruel lógica sistêmica. Representa uma rede particular de relações sociais que não apenas se coloca em oposição às funções coercitivas, ‘policiais’ e ‘administrativas’ do Estado, mas também a transferência dessas funções, ou, no mínimo, de uma parte significativa dela.
(Ellen Wood. *Democracia contra capitalismo*, 2003, p. 217-218)

O Estado brasileiro, compreendido na ótica do capitalismo dependente, vem se desenvolvendo, historicamente, a partir de uma distribuição desigual e combinada de papéis econômicos definida em âmbito mundial, numa correlação de forças entre as classes sociais inscritas nacionalmente e perpassadas por suas vinculações com o capital e o trabalho em nível internacional. Vem, assim, assumindo as formas institucionais dos modernos Estados capitalistas, de promotor do desenvolvimento econômico nacional, desde a Era Vargas; atravessando a década de 1950, com o nacional-desenvolvimentismo; e o período ditatorial militar, mais especificamente entre 1968 e 1975, com o milagre econômico, por meio do binômio desenvolvimento-segurança nacional. Nos anos 1990 e primeira década do século XXI, vem buscando articular desenvolvimento econômico e desenvolvimento social, a partir do ideário da Terceira Via (Neves, 2005) ou do novo-desenvolvimentismo (Diniz & Boschi, 2007), internacionalizando sua economia em todos os setores de atividade, a partir de uma mudança cultural cujos fundamentos se assentam: no aumento da competitividade; na racionalização e redução dos custos do Estado; no fortalecimento do papel da sociedade civil como parceira das instituições estatais na execução das políticas sociais – e, portanto, como gestora dos recursos e equipamentos públicos; e finalmente, na compreensão dos trabalhadores como empreendedores/colaboradores e dos demais sujeitos históricos como clientes/consumidores (Martins, 2009).

Os contornos das políticas sociais instituídas no Brasil, nestas diferentes conjunturas, guardam relações com as diretrizes estabelecidas pelos organismos internacionais criados ao longo do século XX, estes também perpassados pelas forças econômicas organizadas em âmbito mundial, e hegemônicas, nas três últimas décadas do século XX, pelo capital financeiro (Chesnais, 1996). Tais organismos difundiram, a partir dos anos 1970, o ideário neoliberal, financiando políticas de ajuste estrutural adotadas nos países capitalistas centrais, a começar pela Inglaterra e os Estados Unidos, respectivamente durante os governos de Margaret Thatcher (1979-1990) e Ronald

Reagan (1981-1989), espaiadas para os demais países capitalistas, especialmente os latino-americanos, em combinação com os regimes militares neles instituídos. Chile e Argentina foram os primeiros que implementaram, ao longo da década de 1970, uma reforma do Estado pautada no ajuste fiscal, nas privatizações, na abertura de capitais ao mercado internacional e no crescimento acelerado mediante endividamento externo (Harvey, 2008).

No Brasil, esse processo se deu de forma tardia, dada a correlação de forças instituída internamente, de modo que as políticas neoliberais foram consolidadas na esteira da redemocratização, pela Terceira Via. Ao longo do processo de abertura democrática, em meio às intensas lutas populares pela ampliação de direitos e por justiça social, o Estado brasileiro foi responsável por recompor a hegemonia capitalista por meio do consenso em torno do reformismo parlamentar, tido como capaz de promover o bem-estar social, tendo em vista a manutenção das relações de exploração e dominação vigentes (Falleiros, Pronko e Oliveira, 2011). Naquele contexto, no embate entre as forças políticas de caráter progressista e conservador, difuso nas universidades, sindicatos, Assembléia Constituinte e outros espaços políticos, destacam-se as disputas acerca da necessidade e das possibilidades de construção de uma democracia substantiva, participativa, inclusiva quanto às demandas da classe trabalhadora e, até mesmo, que conduzisse o país ao socialismo (Coutinho, 1984; Garcia, 1986).

Na primeira metade da década de 1990, enquanto, em âmbito internacional, as críticas à ortodoxia neoliberal eram tensionadas pelo projeto político da social-democracia reformada, também denominada de Terceira Via, o Brasil vivenciou o processo de consolidação democrática. As políticas inspiradas no ideário neoliberal, implementadas nos governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e Itamar Franco (1992-1994), de abertura econômica, privatização, sobrevalorização da moeda nacional e elevação da taxa de juros, bem como redução dos gastos estatais na área social, fundaram, sob os imperativos da acumulação financeira, uma nova fase na qual se verifica o maior processo de concentração de capital da história (Paulani, 2006).

Ao mesmo tempo, como aspecto da mudança cultural promovida pelas forças conservadoras ao longo do processo de redemocratização, a difusão da noção de sociedade civil como “reino do bem”, espaço democrático isento de conflitos e contradições, setor público não-estatal ou “terceiro setor” (nem parte do Estado, nem parte do mercado), contribuiu para esvaziar as disputas em torno do tema da democracia. Na medida em que colocava todos os sujeitos políticos coletivos “do

mesmo lado”, essa noção contribuiu para a indiferenciação dos interesses envolvidos nas ações na área social realizadas pela miríade de organizações que compõem a sociedade civil (Arantes, 2000; Montaña, 2002).

A Terceira Via consolidou o processo de transição conservadora ao longo dos anos 1990, afirmando-se no mundo a partir da ascensão dos novos democratas, nos Estados Unidos, com Bill Clinton (1993-2001), e do novo trabalhismo, na Inglaterra, com Tony Blair (1997-2007), influenciando a redefinição da estrutura política de outros países europeus e também de países capitalistas periféricos, como o Brasil. Definindo-se como um terceiro caminho, “para além da esquerda (Estado de bem-estar) e da direita (Neoliberalismo ortodoxo)”, a Terceira Via propõe superar a erosão do modelo de bem-estar social no final do século XX, e avançar nos pontos considerados críticos da agenda neoliberal pelos próprios organismos internacionais (Giddens, 2000), a partir da redefinição da cultura, da relação Estado-sociedade civil e dos modos de pensar, sentir e agir individuais, com vistas a compatibilizar economia de mercado com justiça social, e empreendedorismo com voluntariado (Martins, 2009).

A agenda da Terceira Via, sistematizada por Anthony Giddens⁴, foi resumida num texto crítico de Marilena Chauí (2001) em cinco pontos: 1. modernizar o centro na estrutura político-partidária, rejeitando uma política de classes; 2. criar uma economia mista preservando o monopólio e a competição; 3. reformar o Estado pós-guerra fria, chamado de “Estado sem inimigos”, estimulando a participação política local e focalizada; 4. reinventar a nação, tornando-a cosmopolita e adequando-a ao contexto de globalização dos mercados; 5. criar uma sociedade de bem-estar, em oposição ao Estado de bem-estar, através de parcerias entre a sociedade civil e o Estado estrito senso.

Partindo desses pontos, Martins et al. (2010) analisam a agenda da Terceira Via identificada pelos princípios e estratégias contidos nas noções de ‘uma nova ordem pós-tradicional’; ‘um novo Estado democrático’; ‘uma sociedade civil ativa’; e ‘o individualismo como valor moral radical’. Esta análise é considerada, nesta tese, fundamental para compreensão crítica do processo de consolidação da cultura da colaboração no Brasil nas duas últimas décadas.

⁴ Sociólogo inglês, ex-reitor da *London School of Economics*; assessor direto do ex-primeiro-ministro britânico Tony Blair; e um dos principais articuladores políticos do novo trabalhismo inglês e da Cúpula da Governança Progressista. No Brasil, o principal difusor da Terceira Via foi Luiz Carlos Bresser-Pereira, professor de Economia da Fundação Getúlio Vargas e da Universidade de São Paulo, ministro da Fazenda em 1987, ministro da Administração Federal e Reforma do Estado entre 1995 e 1998 e ministro da Ciência e Tecnologia entre 1999 e 2002.

A primeira noção, de ‘uma ordem social pós-tradicional’, corresponde à visão geral do novo bloco histórico, conformador de um novo Estado, uma nova sociedade e novos indivíduos. O rompimento com a tradição política calcada na luta de classes, justificado pela ruína dos Estados socialistas e questionamento dos Estados de bem-estar nas últimas décadas do século XX (o ‘Estado sem inimigos’), é o grande argumento utilizado para que tal renovação ocorra. Tal argumento incide sobre a noção de engajamento individual, tanto para a auto-realização como para a solução dos problemas sociais vividos por grupos comunitários, com vistas a estimular o envolvimento entre capital e trabalho e a colaboração/parceria entre as instituições estatais e os organismos da sociedade civil em torno de objetivos comuns. O que estaria em jogo, na escolha dos ‘parceiros’, seriam as melhores capacidades de liderança e de criação de soluções corporativas e inovações tecnológicas, para vencer os desafios relativos às necessidades de intervenção no espaço comunitário. Nos termos de Giddens (2000, p. 109-110):

A política da terceira via, seria possível sugerir, advoga uma nova economia mista. (...) A nova economia mista busca (...) uma sinergia entre os setores público e privado, utilizando o dinamismo dos mercados mas tendo em mente o interesse público. Ela envolve um equilíbrio entre regulação e desregulação, num nível transnacional bem como em níveis nacional e local; e um equilíbrio entre o econômico e o não-econômico na vida da sociedade. O segundo é pelo menos tão importante quanto o primeiro, mas alcançado em parte por meio dele.

O trabalho, nesta ‘nova ordem social’, deve estar associado ao que Giddens (2000, p. 138) nomeia de “reflorescimento da cultura cívica”. Deve envolver, portanto, a responsabilidade estatal no desenvolvimento da “economia social” – a partir da criação de um *welfare* positivo -, pelo qual se fortalecem, concomitantemente, as novas identidades individuais e a coesão social. Afirma o autor (2000, p. 139):

O *welfare* positivo substituiria cada uma das negativas de Beveridge por uma positiva: em lugar de Carência, autonomia; não Doença, mas saúde ativa; ao invés de Ignorância, educação, como uma parte permanente da vida; em lugar de Sordidez, bem-estar; e ao invés de Ociosidade, iniciativa.

Mota (2008, p. 83) observa, ainda no limiar dos anos 1990, a gestação desta ‘nova ordem’, relacionando-a ao seu papel desarticulador das lutas dos trabalhadores e dos movimentos populares. A partir de sua análise sobre a cultura da crise e as formas de sua superação apontadas pelas forças hegemônicas, afirma:

Neste projeto de superação da crise está posta a ideia de construção de um projeto nacional, fundado num pacto entre trabalhadores, Estado e empresários. No entanto, o que o diferencia das tentativas de pactos anteriores, ao longo dos anos 80, é uma cultura indiferenciada de trabalhadores e empresários acerca do enfrentamento da crise no Brasil.

Impõe-se, assim, a socialização dessa cultura indiferenciada dos projetos de classe como condição basilar para o êxito do referido pacto. Mais que isso, revela-se de fundamental importância para dissolver as tentativas de formação de uma cultura das classes trabalhadoras.

A cultura indiferenciada dos projetos de classe é afirmada por Giddens (1996, p. 221, grifos do autor) como uma mudança de ‘estilo de vida’ para todas as classes sociais. Assim, a construção de uma ‘nova ordem pós-tradicional’ deve envolver, nos termos do autor, um “acordo de esforços” entre os ‘afluentes’ ou ‘privilegiados’ (as classes dominantes) e os ‘pobres’ ou ‘menos privilegiados’ (as classes subordinadas), para

... a aceitação da responsabilidade *mútua* de enfrentar os “males” que o desenvolvimento trouxe consigo; uma necessidade de mudança de estilo de vida por parte de *ambos*, os privilegiados e os menos privilegiados; e uma *concepção ampla* de previdência, afastando o conceito da provisão econômica para os despossuídos e aproximando-a do eu autotélico [auto-suficiente].

Mais adiante, explica que a mudança de estilo de vida dos “mais afluentes”, no “acordo de esforços com os pobres”, deve se espelhar nos

... modelos de desenvolvimento alternativo para os pobres do Terceiro Mundo. Autoconfiança, integridade e responsabilidade social, incluindo a preocupação ambiental local, seriam o “tributo” que o resto da sociedade pediria – e procuraria promover. (Giddens, 1996, p. 222)

Nesta ‘nova ordem pós-tradicional’, o papel do aparato estatal deve ser reformulado, segundo os princípios e estratégias da Terceira Via. Assim, um de seus pilares, a noção de ‘novo Estado democrático’, corresponderia à reforma das instituições estatais para criação de um aparato de Estado ‘gerencial’ ou ‘necessário’ - nem mínimo, como pressupunha o programa neoliberal, nem máximo, como se apresentava no programa keynesiano. O “novo Estado democrático” se baseia numa proposta de ‘descentralização participativa’, pautada na ideia de compromisso ou pacto político-social, fundado no diálogo, no fluxo de informação, no compartilhamento da tomada de decisões, com efetivo envolvimento dos atores (instâncias colegiadas, fóruns, entre outros), e nas consultas, referendos públicos etc. As estratégias para reforma dos aparelhos estatais, definidas no programa da Terceira Via, partem da reforma política, legal e jurídica, com vistas à melhoria da eficiência administrativa. O objetivo é aumentar a transparência de suas ações, a qualidade e produtividade dos seus serviços (tornando-os mais ágeis, flexíveis e dinâmicos, como o mercado). O Estado ‘necessário’ deve, nessa perspectiva, atuar como regulador e coordenador dos processos de desenvolvimento econômico e social.

Com base na noção da ‘nova economia mista’, que define que Estado e empresários devem colaborar para realizar projetos importantes demandados pelo ‘interesse público’ - comprometidos com o desenvolvimento -, a atuação mais direta do Estado, segundo a Terceira Via, deve se dar por meio das parcerias público-privadas. As instituições estatais devem indicar áreas prioritárias de ação, o formato dos projetos, o tipo de concessão pública, o tempo de exploração, os incentivos (renúncias) fiscais de estímulo ao investimento de capital privado. Ao empresariado, cabe alavancar o desenvolvimento nacional, por meio da realização de obras, oferta de empregos, exploração de concessões. Em perspectiva crítica, usufruindo dos incentivos disponíveis, cabe a este empresariado alcançar novos horizontes de reprodução e a acumulação de capital em espaços antes restritos à intervenção do setor público (Martins, 2009, p. 76-88).

Contrapondo-se às ideias contidas nas propostas veiculadas entorno do ‘novo Estado democrático’, Falleiros analisa as redefinições operadas, a partir dos anos 1990, na aliança entre os Estados capitalistas e as multinacionais, para a produção da política social – lembrando que se trata de uma “aliança imprescindível do Estado-empresa privada, ou complexo sócio-empresarial”, que vem sofrendo transformações:

O complexo sócio-empresarial vem se transformando em complexo sócio-empresarial-financeiro, com articulação dos fundos privados das grandes seguradoras com as empresas, além da ampliação dos fundos financeiros pelo próprio Estado e pelo mercado que se descola do capital produtivo.

Esse processo se manifesta pela privatização ou pelo apoio dado pelo Estado à rentabilização dos empreendimentos privados de saúde, educação, habitação. O Estado realiza suas políticas por uma série de intermediários, numa simbiose entre o público e o privado, com a associação direta às multinacionais, seja pela compra e controle da tecnologia empregada, seja pelo controle direto da propriedade das empresas sociais. (Falleiros, 2009, p. 67-68)

Este novo formato de realização da política social é definido pelo autor como “forma empresarial”, consistindo na

... criação de “empresas” de prestação de serviços que muitas vezes não só prestam os serviços, mas os financiam, recebendo uma clientela subvencionada pelo Estado e realizando os serviços com profissionais assalariados, objetivando a maximização dos lucros, ou combinando distintas formas de atendimento. (Falleiros, 2009, p. 68)

As manifestações mais diretas desta redefinição do papel do Estado na política nacional de saúde serão discutidas na Parte III desta tese, em sua articulação com os outros dois fundamentos da ‘nova ordem social pós-tradicional’: a ‘sociedade civil ativa’ e o ‘individualismo como valor moral radical’. Cabe, aqui, apresentá-los e discutir seus impactos nas mudanças operadas na relação Estado-sociedade no Brasil nas últimas duas décadas.

O segundo pilar desta ‘nova ordem’ é, de acordo com a Terceira Via, a ‘sociedade civil ativa’. A noção é sintetizada por Martins (2009, p.72) como

... o espaço de encontro com o outro e de realização do ‘eu’ no sentido da promoção da coesão social. Cada um, movido por sua individualidade, entraria em contato com outros indivíduos formando grupos de diferentes tipos que dialogam entre si, como propõe o conceito de ‘individualismo como valor moral radical’, de Friedrich Hayek, e, mais precisamente, o conceito de ‘esfera pública’ e a tese da ‘teoria da ação comunicativa’, de Jurgen Habermas (1984, 1994). Com essas referências, a Terceira Via propõe que a tônica da ‘sociedade civil ativa’ seria ‘ajudar a si próprio ou ao próximo’. A primeira estratégia indicada seria apostar na ‘renovação comunitária através do aproveitamento da iniciativa local’ com engajamento das ‘associações voluntárias’, ‘sobretudo em áreas mais pobres’.

Tal definição apoia a ideia de que estamos vivendo numa ‘sociedade pós-tradicional’, movida pela crise das instituições governamentais e das organizações tradicionais de representação de interesses (partidos e sindicatos), na medida em que se afirma preocupada com objetivos mais realistas, almejando tornar o mundo uma comunidade democrática pautada na tolerância e no diálogo entre os indivíduos. Rejeitando uma política de classes, a ‘sociedade do bem-estar’ sustenta o projeto da Terceira Via, afirmando-o, na realidade, como única via para a solução dos problemas existentes nas sociedades contemporâneas. Concebida como “reino do bem”, espaço de colaboração, conciliação e harmonização das diferentes necessidades individuais e comunitárias, a sociedade civil, assim, perde força como arena de disputa de projetos de sociedade.

A ‘sociedade do bem-estar’, também chamada de ‘*welfare* positivo’, deve, nesse prisma, substituir o modelo anterior de Estado de bem-estar ou Estado-Providência, por meio de políticas sociais que garantam: a manutenção provisória do sistema de proteção social vigente, até sua extinção; o estabelecimento de parâmetros mínimos de proteção social para evitar a indigência; e a destinação de novos recursos públicos para mobilização de organizações da sociedade civil (fundações empresariais, sindicatos, associações de interesse público, entre outras), que queiram prestar serviços sociais em colaboração com as instituições do Estado, estimulando diretamente a expansão do mercado, sobretudo nas áreas de educação e saúde.

De outro ângulo de análise, Boito Jr. (1999, p. 15) compreende este processo como uma indução da privatização da esfera pública pelas políticas governamentais, que fomentou no país uma “nova burguesia de serviços”, composta por “indivíduos, instituições ou grupos proprietários de escolas, de universidades, de hospitais e de empresas de convênio médico”. Sob a hegemonia do grande capital financeiro nacional e internacional, tal fração não-hegemônica ganhou novas funções no movimento de

reacomodação de forças no interior do bloco capitalista no país, como “um subproduto necessário da redução dos gastos e dos direitos sociais” (Boito Jr., 1999, p. 67). Este ponto será discutido a seguir, a luz dos pressupostos do novo-desenvolvimentismo, apregoado pelos governos brasileiros da primeira década do século XXI.

Finalmente, o terceiro pilar da ‘nova ordem social pós-tradicional’ é o ‘individualismo como valor moral radical’. Autonomia e interdependência seriam os dois elementos deste ‘novo’ individualismo⁵, moldado a partir da ‘política de vida’ e da ‘política gerativa’. Para a Terceira Via, a ‘política de vida’ corresponderia à liberdade e autonomia individual frente a todo e qualquer tipo de coerção e limites impostos. Seria uma política de estilo de vida, relacionada ao desenvolvimento do espírito empreendedor e da iniciativa individual. A ‘política gerativa’ seria seu complemento, voltada a fortalecer os laços de cooperação com os mais próximos, tendo por base a educação familiar. A ‘nova família democrática’ é vista, neste sentido, como responsável por prevenir a violência, criar laços de cooperação entre indivíduos, auxiliar na educação para o empreendedorismo e assegurar a ‘proteção social’ dos seus membros.

Nos termos da Terceira Via, num contexto marcado pela diversificação das formas de trabalho, advindas das transformações tecnológicas e da crise do modelo industrial, bem como da entrada massiva de mulheres no mercado de trabalho e do aumento da escolaridade, os novos indivíduos, desencaixados dos costumes e das formas tradicionais de determinação sobre estilos de vida, devem estar conectados à ideia de ‘reflexividade social’. Esta noção se assenta na afirmação de valores, ideias e práticas baseados: na informação - já que são os clientes/consumidores dos novos serviços sociais; no diálogo - dado que são também os trabalhadores/colaboradores na prestação desses serviços; e num ativismo/empreendedorismo social “capaz de reparar as ‘solidariedades danificadas’ pela forma de fazer política do passado” (Martins et al., 2010, p.107). Nessa perspectiva, para conter o risco das formas mais agressivas de capitalismo dos acionistas (ou da fração financeira do capital), bem como para executar parcerias para construção da ‘sociedade do bem-estar’, o indivíduo deve ser formado

⁵ Giddens (2002) propõe a superação do individualismo liberal tradicional - definido como a emancipação progressiva do indivíduo, em conjunto com o Estado liberal, e não por processos revolucionários -, por um novo individualismo - compreendido como capaz de emancipar as pessoas das limitações que afetam negativamente suas oportunidades de vida e, assim, eliminar as diferenças relativas entre os grupos na sociedade.

para exercer, concomitantemente, seu papel de cliente, empreendedor e colaborador, dispondo-se a

enfrentar riscos e desafios com responsabilidade e desprendimento político na tarefa de agregar em torno de si toda a sociedade, através do diálogo e práticas concretas, capazes de formar círculos de ‘confiança ativa’. (Martins, 2009, p.93-94)

Formulando a crítica ao conjunto de propostas contidas no projeto da Terceira Via, Neves (2005; 2010) e Martins (2009) afirmam que estas materializam os pressupostos da nova pedagogia da hegemonia, a partir dos quais o Estado capitalista compromete a maior parte dos recursos públicos com o equilíbrio do sistema financeiro internacional; promove parcerias público-privadas em áreas consideradas ‘de interesse público’ ou estratégicas para o desenvolvimento nacional, fornecendo estímulos financeiros para o desenvolvimento dessas áreas; reposiciona as funções políticas e econômicas de suas instituições para que os gastos estatais diretos com políticas sociais sejam investidos em capital humano, nas políticas focalizadas e nos programas para desenvolvimento da sociedade civil; educa a sociabilidade para aceitar certas responsabilidades para com as questões sociais, buscando formas de recriar e envolver positivamente a sociedade civil, tomada como um conjunto harmônico; e promove a renovação da cultura, educando o consenso para o modo de pensar, sentir e agir adequado às novas exigências do capitalismo mundial.

Tais postulados vêm sendo implementados no Brasil desde a proposição da reforma do aparato estatal promovida pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), a partir de 1995. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (Brasil, 1995), elaborado e executado pelo MARE, projetou a transição de um modelo tido como burocrático para o modelo gerencial, sob a justificativa de sua suposta capacidade de garantir maior eficácia frente ao velho aparelho de Estado, que, segundo o Plano Diretor, “de agente de desenvolvimento, se transformava em seu obstáculo” (Bresser-Pereira, 1997, p. 14). As políticas sociais, nesse novo modelo, passariam a ser executadas, competitivamente, pelo chamado setor público não-estatal, e gerenciadas pela administração pública, pelo controle social e pela constituição de quase-mercados:

[...] reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado, Daí a generalização dos processos de privatização de empresas estatais. Neste plano, entretanto, salientaremos um outro processo tão importante quanto, e que não está claro: a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício de poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. (Brasil, 1995, p. 12-13)

A criação e transformação de instituições públicas, nos novos moldes, afirmava um Estado

[...] menos voltado para a proteção e mais para a promoção da capacidade de competição. Será um Estado que não utilizará burocratas estatais para executar os serviços sociais e científicos, mas contratará competitivamente organizações públicas não-estatais. Será o que propusemos chamar de Estado social-liberal, em substituição ao Estado social burocrático do século XX. Um Estado certamente democrático, porque o grande feito do século XX foi ter consolidado a democracia. (Bresser-Pereira, 1997, p. 52-53)

Consta no segundo *Caderno Mare da Reforma do Estado*, que “a implementação de Organizações Sociais é uma estratégia central do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado”. A figura jurídica das Organizações Sociais (OS) (lei 9.637/1998), expressa as ‘organizações públicas não-estatais’ que estabeleceriam contratos com o aparato estatal reformado e que, por serem de direito privado, tenderiam “a assimilar características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado” (Brasil, 1997, p. 7). Seriam organizações qualificadas a se habilitarem a “receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado”, a partir de contratos de gestão (Brasil, 1997, p. 14).

Articuladamente, o programa governamental erigido sob a denominação de Comunidade Solidária, fomentou a ‘cidadania ativa’, por meio de empresas consideradas ‘cidadãs’, promotoras da responsabilidade social e da noção de capitalismo ético. Organizadas no Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (Gife – 1995), e no Instituto Ethos de Responsabilidade Social (1998), tais empresas espelham o avanço do associativismo prestador de serviços sociais de ‘interesse público’.

A criação da figura jurídica da Organização Social de Interesse Público (OSCIP) (lei 9.790/1999) deu legitimidade às parcerias entre as Organizações Não Governamentais (ONG) e as instituições estatais, fomentando sua participação na execução das políticas sociais.

Exaltando as reconfigurações do sistema brasileiro de políticas sociais de acordo com os pressupostos da Terceira Via, Draibe (1997) as nomeia de “políticas sociais de nova geração” informando que mantêm, a princípio, os três eixos centrais das políticas delineadas pelos Estados de bem-estar: emprego, programas sociais universais e programas emergenciais para a redução da pobreza. Dentre os elementos que as atualizam à nova cultura, destaca o papel das parcerias público-privadas, como uma síntese entre interesses do mercado e de um suposto Estado “zelador” dos interesses da classe trabalhadora. A autora compreende a multiplicação de espaços públicos não-

estatais como oportuna para a recomposição de uma solidariedade social de novo tipo (Ibidem, p. 13):

Por um lado, as novas modalidades de parceria e participação social remetem para a questão mais geral da multiplicação dos espaços públicos não-estatais nas sociedades. Ou seja, daqueles espaços que resultam da concertação de interesses distintos, não-públicos, dispostos a construir e alcançar objetivos de amplo alcance social. Por outro lado, são também espaços do exercício de formas emergentes da solidariedade social. A questão é polêmica, mas onde as leituras liberais apenas enxergaram o avanço do privado e onde as interpretações simetricamente opostas apenas viram o recuo do Estado, essas formas de uso do tempo social liberado parecem prometer novas modalidades da solidariedade, que vêm se instalar exatamente nos espaços antes preenchidos pela solidariedade salarial. Do ponto de vista das novas gerações de políticas, sem dúvida aí se abre um campo fértil de ancoragem para novos formatos da proteção social.

Draibe considera positivas duas diretrizes produzidas por tais políticas ao longo dos anos 1990: os valores solidaristas nos quais devem se firmar os novos formatos de ação social; e a superação do antagonismo que opõe concepções universalistas a concepções focalizadas e seletivas de programas sociais, expressando o *aggiornamento* das concepções ligadas à ideia de justiça social e o amadurecimento do pensamento social, ao reconhecer a melhoria da efetividade do gasto social como condição para a construção dos direitos da cidadania. Esta compreensão das políticas sociais ganhou potência, sobretudo, na primeira década de 2000, com o avanço do ideário novo-desenvolvimentista.

Vários autores críticos a esta perspectiva vêm observando que tais diretrizes representam velhas práticas com novas roupagens, fazendo uso de um “mimetismo terminológico” como estratégia para confundir e redirecionar o foco das lutas populares e publicizantes quanto às políticas sociais. Segundo Arantes (2000, p. 16):

(...) vive-se o grande desconcerto de verificar, a cada rodada, que tamanha demolição é conduzida nos termos mesmos em que se formula a resistência dos perdedores (...). Portanto ‘sociedade civil’ é desmantelada em seu próprio nome, destituição de direitos em nome de direitos de última geração (...). Não é para menos: de uma hora para outra ‘direito’ tornou-se privilégio, além do mais em detrimento dos ‘excluídos’; sujeito de direitos, usuários de serviços; ‘cidadania’ mera participação numa comunidade qualquer (...).

Neste mesmo viés crítico, Labra (2009, p. 198) identifica que práticas clientelísticas tradicionais vêm assumindo formas mais sofisticadas através do estímulo a um associativismo derivado dessa metodologia estatal de gestão participativa

formulada a partir de agências como o Banco Mundial, segundo o qual as políticas distributivas devem romper junto aos beneficiados com a noção de assistidos e introduzir o conceito de clientes-consumidores, que passarão a ter influência na alocação e controle dos recursos à medida que estiverem organizados, aumentando a eficiência (técnica e política) dos benefícios.

Também na contracorrente da perspectiva exaltadora das reconfigurações das políticas sociais ocorridas nas duas últimas décadas, Mota (2008, p.91) afirma que o consenso ativo dos trabalhadores produzido a partir da criação de uma cultura de crise, foi elemento central para recomposição da hegemonia capitalista nos anos finais do século XX. A cultura de crise fomentou, nesse sentido, uma nova cultura política voltada a restabelecer o equilíbrio entre as forças sociais no Brasil, impondo-se sobre os projetos que, historicamente, comportavam alternativas à ordem capitalista, fundados no ideário socialista:

Sua principal consequência é a fragmentação de uma postura anticapitalista no interior dos movimentos sociais das classes subalternas, ou, até mesmo, nas lutas por algumas reformas sociais.

Nesta mesma vertente, Neves (2005, p. 118-121) afirma que importantes movimentos sociais contestatórios tiveram sua estratégia política redefinida, passando “da perspectiva reativo-reivindicativa para a perspectiva afirmativo-positiva”, e que boa parte do movimento sindical e partidário dos trabalhadores, bem como dos movimentos sociais populares, redirecionaram o foco de sua atuação política a uma dinâmica subordinada à prestação de serviços e às lutas fragmentadas contra discriminações extra-econômicas, financiadas por recursos públicos, por programas denominados de responsabilidade empresarial e por recursos internacionais vinculados a projetos focalizados e compensatórios voltados às camadas populacionais marginalizadas pelo desemprego e pela precarização do trabalho, tornando-se, eles também, “parceiros” do Estado na execução das políticas sociais.

Segundo Coelho (2005), a aproximação gradativa das agendas dos diferentes partidos políticos e dos sindicatos deu origem a uma esquerda nova, ou uma esquerda para o capital. Assim, nos dois governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), principal liderança do Partido dos Trabalhadores (PT), é possível afirmar que houve um aprofundamento da relação entre Estado e sociedade civil segundo os preceitos da Terceira Via. Isso pode ser identificado no estímulo às parcerias público-privadas na provisão de serviços sociais (lei 11.079/2004), e com a atuação do núcleo estratégico do Estado segundo a lógica do “Estado necessário”, apresentando-se mais ou menos diretamente em determinadas áreas e em momentos críticos, para corrigir as imperfeições do mercado e reduzir suas instabilidades, consolidando seu papel de ‘parceiro’ do mercado e das organizações sociais prestadoras de serviços não-exclusivos

do Estado, em projetos de desenvolvimento econômico e social, na perspectiva de construção da ‘sociedade de bem-estar’.

As políticas sociais e de transferência de renda, desenvolvidas sob coordenação estatal nos anos 1990, foram unificadas, em 2003, no Programa Fome Zero, e no seu carro-chefe, o programa Bolsa Família. Tais políticas se voltaram declaradamente para o aumento do poder de compra dos mais pobres e para a redução da pressão da oferta de mão-de-obra sobre as empresas privadas, como informa o site do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

O MDS foi criado, em 2004, para gerir o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS)⁶, aprovar os orçamentos gerais dos serviços sociais da indústria, comércio e transportes (SESI, SESC e SEST), e articular parcerias para execução da política social assentada em quatro pilares: inclusão social; segurança alimentar; assistência social integral e, renda mínima de cidadania às famílias em situação de pobreza. Segundo o *site* do MDS⁷, suas ações são implementadas por meio de contratos com pessoas físicas ou jurídicas e por meio de acordos de cooperação técnica com organismos internacionais, compreendidos como articuladores de “uma sólida rede de proteção e promoção social que quebra o ciclo da pobreza e promove a conquista da cidadania nas comunidades brasileiras”.

Segundo alguns estudos, ao longo do primeiro governo de Lula da Silva, o investimento nas políticas de transferência de renda produziu uma inflexão, ainda que tímida, nos índices de desigualdade social. Diniz & Boschi (2007, p. 110-119) compreendem a política social desenvolvida neste período, “num contexto orçamentário altamente restritivo”, como um avanço significativo na construção, em longo prazo, do “crescimento com equidade” no país. A partir de então, o aparato institucional do Estado seria ordenado, mais fortemente, à política industrial e à política externa voltada às exportações e à integração regional no âmbito da América do Sul, atreladas à política de combate à miséria e criação de emprego e renda no país. Ressalta-se a abertura promovida à participação do empresariado nacional em arenas estatais, “estreitando os vínculos e redefinindo alianças com os centros de poder” (Diniz & Boschi, 2007, p.95), em torno da construção de um projeto novo-desenvolvimentista para o país, tido como

⁶ Regulamentado pelo decreto 1605/1995, o FNAS é constituído por recursos da União, doações de pessoas físicas e jurídicas, contribuição social dos empregadores, recursos provenientes de concursos, sorteios e loterias federais, receitas de aplicações do próprio fundo, entre outras.

⁷ www.mds.gov.br/sobreministerio (Acesso em 10/10/2011).

capaz de aliar crescimento econômico, combate à miséria e diminuição nos níveis de pobreza e desigualdade. Nesse sentido, o compromisso com o capital produtivo assumido nos governos Lula da Silva demarcaria uma diferença em relação aos governos da década anterior, mais fortemente comprometidos com o capital financeiro.

Esta assertiva é alvo da crítica formulada por Castelo (2010, p. 199), que a identifica como um dos pilares de sustentação do ideário novo-desenvolvimentista, juntamente com a noção de que

... o Estado deve operar em comunhão com a burguesia industrial e os trabalhadores, pois, supostamente, ambos teriam a ganhar sob o signo da acumulação capitalista em base produtiva. Dessa forma, o Estado agiria como um agente da mudança social em nome dos interesses da vontade coletiva, e não em favor de um grupo ou classe social particular, como é tradição do Estado brasileiro.

Em segundo lugar, os novo-desenvolvimentistas estruturam toda a sua argumentação em torno da contraposição entre burguesia produtiva e burguesia rentista. (...) Supõe-se um conflito distributivo e de interesses interno às classes dominantes, divididas entre frações rentistas e industriais. Enquanto os primeiros lucram com operações financeiras, gerando exclusão social, os segundos lucrariam com investimentos produtivos, gerando, de acordo com certas premissas macroeconômicas e políticas, renda e riqueza para as classes burguesa e trabalhadora.

A contraposição de interesses entre capital rentista e capital industrial associado aos trabalhadores é contestada pelo autor (Castelo, 2010) a partir de estudos recentes sobre as configurações contemporâneas do capitalismo, que demonstram a crescente fusão das frações capitalistas via financeirização. Assim, com base em Chesnais (2002); Miranda (1997); e Braga (1997), Castelo afirma que

... a valorização do capital por meio da especulação financeira não é um atributo exclusivo das frações rentistas da burguesia; ao contrário, cada vez mais os grandes oligopólios e monopólios transnacionais produtivos operam segundo a lógica da financeirização, que se torna o padrão sistêmico de gestão da riqueza capitalista.

O argumento crítico de Castelo não exclui a identificação de que, de fato, ocorreu uma abertura política e econômica ao empresariado industrial nacional, especialmente a partir de 2006.

O ensaio de Gonçalves (2011, p. 20) sobre o “nacional-desenvolvimentismo às avessas” implementado ao longo dos governos de Lula da Silva, sintetiza essas posições, evidenciando as dificuldades de instituição de um projeto de caráter nacional-desenvolvimentista para o país, capaz de fortalecer o capital produtivo nacional, justamente pela direção geral da política nacional (e internacional) em favor dos interesses da fração financeira. Assim, o autor avalia que

... o ND [nacional-desenvolvimentismo] tem como eixo estruturante a redução da vulnerabilidade externa estrutural. Na medida em que o Governo Lula implementa o ND com “sinal trocado”, ele reduz a capacidade estrutural do Brasil de resistir a pressões, fatores desestabilizadores e choques externos. Isto ocorre em todas as esferas: comercial (desindustrialização, dessubstituição de importações, reprimarização e perda

de competitividade internacional); tecnológica (maior dependência); produtiva (desnacionalização e concentração do capital); e, financeira (passivo externo crescente e dominação financeira). Em consequência, lança-se o país em trajetória de longo prazo de instabilidade e crise no contexto de crescente globalização econômica.

No projeto novo-desenvolvimentista, as políticas sociais se baseiam no crescimento econômico e na promoção da equidade social através da garantia, pelo Estado, da igualdade de oportunidades (Castelo, 2010). As críticas deste autor, contudo, se reduzem a taxar de “adjetivas” as preocupações sociais envolvidas em tal projeto. Mesmo considerando que o novo-desenvolvimentismo vem sendo difundido no Brasil pelos mesmos difusores do projeto de reforma do Estado segundo os preceitos da Terceira Via, especialmente por Bresser-Pereira⁸, tratando-se de uma adaptação para o século XXI de um projeto de sociedade construído para superar tanto a ortodoxia neoliberal quanto a social-democracia clássica, Castelo (2010) compreende as políticas sociais no projeto novo-desenvolvimentista somente a partir de seus objetivos retóricos ou laterais.

A partir do referencial crítico à nova pedagogia da hegemonia – bem como das formulações de Gramsci e Poulantzas -, é possível compreender que as políticas sociais, muito ao contrário, vêm cumprir, neste projeto, papel fundamental na redefinição das relações entre os empresários e as instituições do Estado, bem como na obtenção do consenso do conjunto da sociedade em torno da ideia de pacto social para o desenvolvimento nacional. São, nesse sentido, substrato material essencial da recomposição da hegemonia do projeto capitalista articulado à reconstrução democrática no país (Mota, 2008; Neves, 2005, 2010). Esta recomposição se sustenta por meio da desmobilização das forças sociais subalternas, como concluem Filgueiras e Gonçalves (2009, p. 15) em sua análise sobre a política social desenvolvida ao longo dos governos de Lula da Silva, com ênfase nas políticas de distribuição de renda:

A política focalizada é uma política social que desloca a disputa entre capital e trabalho, própria das sociedades capitalistas, para o âmbito interno da classe trabalhadora. Esta política transforma a disputa de classes em um conflito distributivo intra-classe trabalhadora visto que opõe os seus vários estratos: assalariados com rendimentos mais elevados *versus* mais reduzidos, trabalhadores qualificados *versus* não-qualificados, trabalhadores formais *versus* informais, participantes *versus* não participantes da seguridade social, trabalhadores do setor público *versus* do setor privado, etc. Todas elas, clivagens reais ou imaginárias, explicitadas ou criadas pelo capital e sua política, fragmentam a classe trabalhadora e estimulam e açulam a disputa entre os seus diversos segmentos.

Da predominância de uma *cultura de crise* na primeira metade dos anos 1990 (Mota, 2008) para a predominância de uma *cultura da colaboração*, da segunda metade

⁸ Ver Bresser-Pereira, 2000; 2002; 2004.

da década em diante (Neves, 2005), há um deslocamento na disputa entorno das reivindicações perante o Estado. A crise da economia e das políticas sociais se colocou, no pensamento político, como ponto comum a partir do qual todos devem unir esforços para superá-la. Aparelhos estatais, instituições financeiras e setor privado são chamados a contribuir nesse sentido, viabilizando a remontagem, no século XXI, das articulações entre público e privado na execução das políticas sociais e na condução do desenvolvimento econômico e social do país.

Em que medida os valores, ideias e práticas desenvolvidos pelas entidades empresariais de saúde, especialmente pela CNSa, impactaram a política nacional de saúde e contribuíram para reconfigurá-la nos termos das “políticas sociais de nova geração” ou das políticas sociais neoliberais da Terceira Via?

Tendo em conta a enorme dificuldade entre a teorização, a contextualização histórica e a análise objetiva do fenômeno analisado, e seguindo as pistas dos estudos aqui mencionados, o esforço desta pesquisa foi investigar o papel assumido pelas entidades empresariais na construção de uma agenda política de saúde afinada à cultura da colaboração, sobretudo na primeira década de 2000, com ênfase no papel da CNSa.

Para situar historicamente a discussão, a Parte II tratará da constituição das entidades empresariais de saúde no Brasil e de suas interfaces com a política nacional de saúde nos anos 1960-1970, e das rearticulações dessas entidades na conjuntura dos anos 1980, frente à mudança na correlação de forças no Estado brasileiro provocada pela reorganização da luta dos movimentos sociais pela redemocratização e por justiça social no país, na qual se inscreveu o movimento sanitário.

PARTE II – A política nacional de saúde em perspectiva histórica - 1960-1990

A política nacional de saúde e a sua permeabilidade pelos interesses empresariais são tema de estudos seminais no campo da saúde coletiva (Arouca, 1975; Donnangelo & Pereira, 1976; Mello, 1977; Cordeiro, 1980, 1982, 1984; Luz, 1979; Cohn, 1979; Oliveira, 1979; Braga e Goes de Paula, 1979, 1981; Almeida e Pêgo, 1982; Oliveira & Teixeira, 1985; Rodriguez Neto, 2003, 2007). Tais estudos, produzidos majoritariamente entre a segunda metade dos anos 1970 e meados da década de 1980, subsidiaram discussões e embates políticos empreendidos pelo movimento sanitário, ao longo dos anos 1980, que culminaram com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988. Parte deles se valeu das pesquisas desenvolvidas pelo Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses), desenvolvido na ENSP/Fiocruz e financiado pela Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), voltadas a apoiar institucionalmente estudos em medicina social.

Tais estudos se valem da noção de “política” enquanto dimensão da vida social que não pode ser compreendida senão relacionada às outras dimensões, analisando a correlação de forças políticas e econômicas envolvidas na produção da política de saúde. Isso significa dizer que não tomam o Estado como instituição neutra pairando acima dos conflitos entre grupos sociais, mas, no melhor espírito ‘poulantziano’, como expressão das lutas sociais e da hegemonia de uma classe, ou fração, sobre as demais.

A relação Estado-sociedade que esse conjunto de estudos explicita permite a reflexão sobre em que medida as políticas de saúde expressam a “complexa rede de oposições e alianças presentes nas instituições médicas ‘civis’” (Luz, 1979, p. 61). Seu exame possibilita, nesse sentido, acompanhar o processo de ruptura circunstancial que o projeto do movimento sanitário logrou realizar com o padrão conhecido como ‘hospitalocêntrico’ e privatista, definindo um novo projeto para a saúde baseado no direito à saúde e na universalização e unificação do sistema de saúde.

Todos estes estudos contribuem, de alguma forma, para o panorama histórico que se apresenta nesta Parte II, que tem como objetivo situar o surgimento e desenvolvimento de formas organizativas dos empresários da saúde no país, ao longo do regime militar, bem como o confronto de propostas para a política nacional de saúde, entre essas entidades e o movimento sanitário, no contexto da redemocratização. Isso

possibilitará aprofundar a compreensão de seu papel na conformação dessa política no contexto brasileiro dos anos 1990 e primeira década de 2000.

II.1. 1960-1970 - a política de expansão do setor privado e o fortalecimento de entidades empresariais na área da saúde

Essa preocupação de articular o capital privado com o estatal com a justificativa da ‘plena utilização da capacidade instalada’ vai conferir, ao capital centralizado no Estado e à tecno-burocracia da saúde, uma posição privilegiada no processo político e econômico de constituição da hegemonia deste novo modelo institucional, expressão médica do modelo capitalista adotado no nível econômico-político central. (Luz, 1979, p. 232)

As primeiras empresas de saúde brasileiras se organizaram, ao longo dos anos 1950 e início da década de 1960, em torno de serviços médicos das empresas industriais, hospitais privados, hospitais filantrópicos e entidades médicas. Seu desenvolvimento se articula à intensificação do processo de industrialização no país e ao aumento de demandas por assistência médico-hospitalar por parte dos trabalhadores e familiares ligados às indústrias instaladas no país naquele contexto. Embora se registre, desde os anos 1920, a presença de serviços de assistência médica aos trabalhadores no interior das fábricas, as formas privadas de administração de fundos para assistência médica e organização de redes de serviços para os empregados das indústrias de maior porte se expandiram, a partir dos anos 1950, ampliando os serviços médicos oferecidos diretamente pelas empresas e os serviços médicos, laboratoriais e hospitalares por elas credenciados (Bahia, 2005a).

As justificativas para essa expansão, apresentadas pelos empresários e corroboradas por entidades de representação dos trabalhadores, ligavam-se à baixa oferta e à precariedade da assistência oferecida pelos hospitais públicos, hospitais de ensino e Santas Casas, responsáveis pelo atendimento da população desempregada e incapaz de pagar por essa assistência. Ao mesmo tempo, “a assistência médica da empresa objetivava, explicitamente, aumentar a produtividade por meio da manutenção e recuperação da força de trabalho”. As aproximações entre empresas, entidades de representação empresariais e grupos médicos promovem o que Bahia (2005a, p.23) chama de “‘exteriorização’ dos serviços médicos das fábricas”.

No início dos anos 1960, os interesses privados no campo da saúde vinham sendo atendidos pelas políticas de privatização e pela estruturação da assistência a partir

da segmentação das demandas, por intermédio das instituições previdenciárias, mediadoras dos interesses entre empresas de plano de saúde, empresas empregadoras, produtores privados individuais e instituições de saúde pública (Cordeiro, 1984). Os grandes hospitais construídos e reformados pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), nos anos 1950 e 1960, voltavam-se ao atendimento de clientela selecionadas e compravam serviços de prestadores particulares.

Com exceção das Santas Casas, os demais hospitais particulares, laboratórios e consultórios médicos credenciados pelos IAPs passaram a atender, em suas instalações, clientes particulares, empregados de empresas com quem tivessem contrato, além dos segurados desses IAPs. Esse foi o contexto em que, como sintetiza Bahia (2005a, p.26):

As formas heterodoxas de articulação entre o público e o privado, especialmente a sintonia entre a privatização da oferta de assistência médico-hospitalar e a criação e consolidação de instituições previdenciárias públicas, viabilizaram simultaneamente a exaltação do indivíduo e sua empresa como motores do desenvolvimento e a implementação das políticas sociais.

A partir de 1964, com o golpe militar, o alargamento gradual da cobertura do atendimento à saúde à população brasileira foi incorporado à agenda política do governo autoritário, visando suavizar as tensões sociais decorrentes do aumento da participação organizada dos trabalhadores no processo político de reestruturação previdenciária desde a década de 1950 – durante a discussão e tramitação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), promulgada em 1960 - e, sobretudo, garantir apoio ao processo de modernização administrativa do Estado capitalista no país, mediante centralização do aparelho previdenciário e privilegiamento da transferência de recursos para os prestadores privados de serviços de saúde (Cohn, 1979; Luz, 1979; Cordeiro, 1984; Oliveira & Teixeira, 1985; Almeida, 1998). Ao longo dos governos militares, ainda que se pudesse encontrar forças políticas favoráveis a um projeto alternativo para a política nacional de saúde, o bloco no poder tratou de restringir poderes e recursos, fortalecendo as instituições pelas quais implementou o projeto burocrático-autoritário privatista.

A unificação da Previdência Social no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, possibilitou o aumento da intervenção governamental na área da saúde, mediante expansão do setor privado a ele articulado, demarcando o início de uma política que só se caracterizaria, contudo, como “política nacional de saúde” a partir da criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (1974), do Plano de Pronta Ação (1974) e do Sistema Nacional de Saúde (1975). Contudo, a política iniciada com o

INPS já traçava linhas gerais para a expansão de cobertura da assistência médica à população brasileira a partir da priorização da contratação de serviços privados, em detrimento da ampliação da rede pública, fortalecendo, através do Estado e com recursos públicos, um ‘complexo médico-empresarial’ (Cordeiro, 1984). A transferência de recursos para a assistência privada à saúde se deu, principalmente, mediante os convênios-empresa e os contratos com os hospitais e clínicas pelo INPS.

Os convênios-empresa, estabelecidos entre o INPS e indústrias de grande e médio porte, bancos e companhias financeiras, são definidos por Martins (2005, p.43) como “um acordo pelo qual a Previdência Social delegava às empresas empregadoras alguns encargos de benefícios e serviços”. Segundo as regras para seu estabelecimento, definidas originalmente pelo decreto-lei n.66/1966, sofrendo modificações ao longo dos anos 1970, as empresas recebiam um subsídio da Previdência de 5% do maior salário mínimo, posteriormente vinculado ao salário referência, para oferecer serviços médicos para seus empregados.

Esses serviços eram contratados de grupos médicos, que poderiam ser sociedade anônima, sociedade de responsabilidade limitada, sociedade beneficente ou cooperativa médica. Embora atendessem a 10% dos segurados da Previdência, os convênios-empresa desenharam ‘as bases dos planos de pré-pagamento’, como ressalta Martins (2005, p.44):

Indiretamente auxiliadas pelos institutos e depois pelo INPS, as empresas cresceram com a anuência do poder público, capitalizando-se e tornando-se responsáveis pelo manejo de grandes somas de recursos financeiros.

Os contratos com serviços privados de assistência médica e ambulatorial foram estabelecidos pelo decreto n. 60.501/1967, que previa “contratar serviços das empresas ou de terceiros, mediante pagamento de preços ou diárias globais ou per capita, que cubram a totalidade do tratamento, nele incluídos os honorários dos profissionais” (art.110 § 1º). O mesmo decreto previa a subvenção de instituições sem fins lucrativos para prestação desses serviços aos beneficiários da previdência social, bem como, nos contratos com entidades beneficentes que atendem ao público em geral, a “complementação das respectivas instalações e equipamentos, ou fornecer outros recursos materiais para melhoria do padrão de atendimento dos beneficiários” (art.110 § 3º). Tais contratos não constituíam vínculo empregatício ou funcional dos profissionais e entidades privadas com o INPS.

Em 1973, o decreto foi substituído pela Lei n. 5.890/1973, que ampliou o estatuto de beneficiário da previdência social para os trabalhadores com ou sem vínculo empregatício, efetivos ou eventuais, “a título precário ou não” (art. 2º), bem como seus dependentes. No que tange à assistência à saúde, a Lei ampliou a tipificação dos serviços assistenciais privados passíveis de celebração dos “contratos” que passaram a denominados de “convênio”. De acordo com o seu artigo 45 (grifo nosso):

A assistência médica, ambulatorial, hospitalar ou sanatorial, compreenderá a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica aos beneficiários em serviços próprios ou de terceiros, estes mediante *convênio*.

Ainda, segundo o artigo 46 da mesma Lei:

A amplitude da assistência médica será em razão dos recursos financeiros disponíveis e conforme o permitirem as condições locais.

Expressando, a um só tempo, aumento de cobertura e novas oportunidades de expansão de negócios privados na assistência à saúde, a quantidade de instituições hospitalares de caráter lucrativo passou, entre 1964 e 1974, de 944 para 2.121 (Almeida & Pêgo, 1982). Segundo Cordeiro (1984, p. 57):

Sem dúvida, a conjuntura 1964-1967 assinalaria, na reestruturação do aparelho previdenciário, a consolidação de um grupo da tecnoburocracia previdenciária oriunda do IAPI [Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários] que participara de sua criação e de praticamente todas as comissões e grupos de trabalho que examinaram reformulações da Previdência Social. Esta conjuntura consolidaria, ainda, os ‘anéis burocráticos’ que entrelaçariam, as vezes de forma contraditórias, entidades ‘civis’, tais como a Associação Médica Brasileira e filiadas, a Federação Brasileira de Hospitais e associações estaduais filiadas e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo com segmentos do aparelho burocrático previdenciário. As condições político-ideológicas gerais do regime autoritário encerravam os postulados que sustentavam tais alianças: apoio à iniciativa privada, ‘economia de mercado’, modernização, oposição à ‘estatização’ e à ‘politização’ da vida social. Decisões técnicas e neutras deveriam reorientar o desenvolvimento do país. No âmbito da Previdência Social, dever-se-ia, afastar a ‘influência nefasta’ dos interesses político-partidários e sindicais; em outros termos, excluir os beneficiários dos processos de decisão e da gestão, abrir espaço para novas alianças obscurecidas pela aparência da neutralidade técnica, do planejamento e da centralização burocrática das decisões.

Desde os anos 1960, e não apenas na área da saúde, houve uma proliferação de entidades empresariais autônomas em relação à estrutura sindical, motivadas, segundo Bianchi (2001, p. 126), por “interesses parcelares que não superam o patamar econômico-corporativo”. Com base na definição de Gramsci sobre os diferentes níveis de consciência e organização política coletiva, o autor afirma que a atuação dessas organizações “restringia-se à definição de políticas localizadas relacionadas aos interesses mais imediatos dos setores representados e era realizada sob a iniciativa e o comando do Estado”.

Os interesses privados na saúde também se faziam representar, como ressalta Cordeiro, por meio de entidades, organizadas na sociedade civil, ligadas a segmentos específicos do empresariado, tais como a medicina de grupo, os proprietários de hospitais, as cooperativas médicas e os seguros-saúde. A criação, como entidades associativas, da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e das Cooperativas Médicas (Unimed), expressam, nesse sentido, um primeiro movimento de articulação política coletiva do empresariado atuante na área da saúde.

A CMB foi criada em 1963, como entidade associativa representante das irmandades e sociedades beneficentes, hospitais filantrópicos, fundações assistenciais sem fins lucrativos e federações estaduais de Santas Casas de Misericórdia. Em 1979, participou da criação da Confederação Internacional das Misericórdias, em Portugal, firmada em 1982, em evento no Rio de Janeiro. Em 1985, oficializou seu primeiro estatuto.⁹

A FBH foi criada em 1966, representando o interesse imediato dos proprietários de hospitais de participarem das negociações sobre a assistência médica no âmbito da Previdência Social, como indica o relato dos bastidores da criação da FBH, registrado na biografia de um de seus fundadores (Czapski & Medici, 2011, p. 162, grifo nosso):

Foi por essa época que os médicos Carlos Eduardo Ferreira, mais conhecido como Ferreirinha, e Helvécio Boaventura Leite, líderes do patronato hospitalar de Minas Gerais, procuraram Juljan [Czapski] e [Francisco Ubiratan] Dellape em São Paulo. Traziam um recado do também mineiro Roberto Furquim Werneck, que representava as entidades patronais no Conselho Nacional da Previdência Social: - Está na hora de vocês criarem uma entidade nacional para dialogar com os representantes nacionais da Previdência – dissera ele. Foi tudo bem rápido. Buscaram mais associações estaduais, escolheram o nome de Federação Brasileira de Hospitais, ou FBH, e cuidaram da parte legal. Os estatutos iam direto ao ponto: *a entidade atuaria como interlocutora nas negociações de preços e procedimentos com a Previdência Social e 'demais órgãos federais, estaduais e municipais e de iniciativa privada, que de qualquer forma possam interferir na assistência hospitalar.*

Juljan Czapski e Francisco Ubiratan Dellape eram integrantes do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (SINDHOSP), entidade representante dos interesses do patronato hospitalar paulista, criado em 1938, que, entre 1968 e 1981, seria dirigido por Dellape. Czapski, mantendo seu vínculo com este

⁹ Infelizmente, não foram encontrados estudos sobre as origens da CMB e seu papel político entre as décadas de 1960 e 1990. As informações apresentadas foram coletadas no *site* da Confederação Internacional das Misericórdias (<http://www.misericordias.org.br/historico.htm>) e da CMB (www.cmb.org.br).

sindicato, participaria, ainda, da criação, em 1966, da ABRAMGE, representante do segmento empresarial da medicina de grupo, presidindo-a entre 1966 e 1976.

De acordo com Bahia (2005a), a ABRAMGE se tornou um importante fórum de debates sobre a política de saúde no país. Organizou, em 1972, o Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo, exaltando as vantagens dessa modalidade assistencial “como um antídoto à ‘socialização da medicina’”, bem como sua prevalência, como modelo mais adequado, para ampliação de cobertura assistencial a uma população trabalhadora crescentemente urbana e incapaz de custear diretamente o acesso aos consultórios médicos particulares (Bahia, 2005a, p. 29).

A partir das críticas à intermediação empresarial da relação entre médicos e pacientes, as entidades médicas, destacadamente a Associação Paulista de Medicina (APM) e a Associação Médica Brasileira (AMB), apresentaram propostas, nas quais buscavam incorporar os interesses do exercício da medicina liberal na política nacional de saúde: o credenciamento universal dos médicos ao INPS e o co-pagamento pelos segurados, de acordo com os serviços de saúde escolhidos; e a criação de empresas não lucrativas de planos de saúde. Os formatos destas variavam, desde a comercialização de planos de saúde de hospitais filantrópicos, passando por aquelas constituídas por sociedades médicas de caráter beneficente, bem como por cooperativas compostas por médicos oriundos de empresas de planos de saúde lucrativas, Santas Casas, hospitais privados e entidades médicas, e chegando até as primeiras cooperativas de trabalho médico abertas à livre participação de médicos no atendimento de clientes de seguros voluntários (Bahia, 2005a, p.31). O formato das cooperativas médicas se fortaleceu, unificando-se, em 1972, na Confederação das Cooperativas Médicas (Unimed).

As críticas e oposições entre os segmentos representados pela FBH e ABRAMGE, de um lado, e as cooperativas médicas, de outro, ganharam novos contornos com a instituição do fomento estatal à política de convênio-empresa, a partir de 1968, quando passaram a disputar clientela e recursos públicos, como registra Cordeiro (1984, p. 71):

(...) estas duas modalidades, que se opõem, passaram a disputar o mercado da clientela potencial, as empresas industriais e de serviços, dentro de uma mesma lógica assistencial e de uma mesma modalidade de financiamento, o pré-pagamento, com ou sem a interveniência da Previdência Social. No cenário político das articulações com a burocracia previdenciária, a AMB e o movimento cooperativista e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) passariam a se digladiar e a cortar, em novos anéis, as relações com o aparelho previdenciário.

No que tange as entidades representantes das seguradoras de saúde, destacam-se a Federação Nacional das Seguradoras (FENASEG), criada em 1951 e reconhecida em 1953, e a Comissão Técnica de Seguro Saúde, criada em 1969 (Menicucci, 2007). Regulados pelo decreto-lei 73/1966, os seguros-saúde se vinculavam ao Sistema Nacional de Seguros Privados, criado no âmbito da política nacional de seguros privados para, entre outros objetivos, promover a expansão do mercado de seguros e propiciar condições operacionais necessárias para sua integração no processo econômico e social do país. O Sistema tinha como um de seus órgãos o Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), responsável por administrar os fundos e assumir os riscos catastróficos e excepcionais que interessassem a economia e a segurança do país, de acordo com o decreto.

Diferentes projetos para a política nacional de saúde se inscreveram, entre 1968 e 1974, no interior do INPS, em meio às condições político-ideológicas desfavoráveis a uma atuação mais direta das forças políticas organizadas na sociedade civil. As resistências de frações importantes do complexo médico-empresarial, representadas tanto pela AMB como pela FBH, ao esforço de organização pelo Estado das ações de saúde a partir da coleta e a organização de estatísticas de saúde para embasar o planejamento, são apontadas por Luz (1979, p. 125):

Os interesses corporatistas de uma medicina curativa voltada crescentemente para o lucro, beneficiando a estreita faixa social que pode pagar as consultas de ‘clínicas’ especializadas, são contrários às propostas uniformizadoras e centralizadoras da planificação da atenção médica pela Previdência Social projetada pelo governo. (...) Juntas, [AMB e FBH] pressionarão o Estado no sentido do favorecimento dos seus interesses nas futuras políticas de Saúde. Só terão seus esforços plenamente recompensados com o Plano Nacional de Saúde de 1968, do Ministro Leonel Miranda.

O Plano Nacional de Saúde de 1968, lançado pelo ministro da saúde do governo de Costa e Silva, Leonel Miranda, ao mesmo tempo em que incorporava o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) como bem estar físico, mental e social do homem, determinava claramente a programação da assistência médica via cálculo de gastos com atendimento, valendo-se do método de definição de preços por tipo de doença desenvolvido na Escola de Saúde Pública da Universidade John Hopkins e divulgado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Sinteticamente, Luz (1979, p.133) apresenta o espírito que permeia o Plano:

Fica a impressão, da leitura do texto do plano, que se trata de uma proposta de entrega da Atenção Médica do Estado aos médicos, além da redução do discurso médico do Estado ao discurso curativista da medicina liberal. O projeto sanitarista e suas propostas preventivistas de atenção primária ou de intervenção no meio ambiente não encontram a menor repercussão nem referência neste Plano.

O Plano estabeleceu, em Goiás, estado natal do ministro, convênios com hospitais, clínicas e laboratórios; os pagamentos por unidades de serviço médico prestado; a expansão dos postos de ambulatórios do INPS; e o crescimento contínuo da demanda de serviços médicos, prevendo, segundo Bahia (2005a, p. 31):

... a transferência dos estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares públicos para o âmbito da iniciativa privada por meio de arrendamento e a participação dos clientes, com exceção dos ‘indigentes’ no custeio dos serviços utilizados.

A autora ressalta a proposta do Plano de estratificar a população em quatro grupos, conforme sua renda, definindo percentuais de contribuição, a partir dessa estratificação, para custear o sistema – que seria financiado em 53,3% por aportes públicos do governo federal. Os resultados negativos de sua aplicação, no estado de Goiás, foram analisados por Mello (1969), que verificou que os gastos com assistência médica consumiam mais de 100% da arrecadação do INPS. Essa singular estratégia de privatização, induzida pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do reforço à prática liberal, malogrou diante dos gastos excessivos com credenciamento universal e a livre escolha, das dificuldades de classificar os estratos de população, e dos obstáculos à regulamentação das cooperativas compostas por médicos e entidades filantrópicas (Bahia, 2005a, p. 32).

Tal Plano foi denunciado à época por forças sociais diversas, incluindo os movimentos que assumiam a perspectiva de representantes da população que teria que arcar diretamente com parte do pagamento, além de indiretamente com o subsídio estatal. Foi também contestado pelos funcionários da Previdência que não aceitavam a entrega dos recursos controlados por eles ao setor privado e a incorporação do INPS ao Ministério da Saúde. Finalmente, faculdades médicas, associações e sindicatos médicos também questionaram o “monopólio de oferta de serviços intermediado e garantido pelo Estado” proposto no Plano (Luz, 1979, p. 137).

Assim, mobilizado por forças contrárias tanto à liberalização quanto à privatização da assistência à saúde, o INPS instituiu a portaria n. 48/1972. Tal portaria empreendeu a regulamentação da prática médica que recebia auxílio da previdência social, bem como a hierarquização das modalidades de serviços comprados a partir de uma escala de prioridades. Privilegiando os serviços próprios das instituições previdenciárias, estabeleceu que, somente após esgotada sua capacidade, tais serviços poderiam ser prestados, subsidiariamente, através de contratos ou convênios. Definiu, ainda, a substituição do pagamento por unidades de serviço pelo pagamento de um

subsídio mensal, numa tentativa de evitar superfaturamento, internações e intervenções repetidas, desnecessárias e não indicadas (Cordeiro, 1984; Oliveira & Teixeira, 1985; Luz, 1979). Segundo Cordeiro (1984, p. 76):

Este breve período de suspensão de uma política de privatização seria logo interrompido (...) com uma nova reformulação da LOPS (Lei n. 5.890/72), onde era estabelecido que a assistência médica seria prestada nos ‘serviços próprios ou de terceiros; estes, mediante convênios’, e se reiterava o propósito da subvenção a entidades sem fins lucrativos, que vinha sendo adotado pelo FUNRURAL [Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural]. Não se mencionava a livre escolha e ampliavam-se os convênios com empresas, delegando a estas a responsabilidade de prestação da assistência médica a seus empregados. Esta mesma lei redefiniu o sistema geral da Previdência Social, eliminando a representação sindical ainda existente em alguns órgãos decisórios e limitando-se aos Conselhos de Recursos, Conselho Fiscal e Junta de Recursos.

A política de ampliação da cobertura assistencial à saúde pelo Estado mediante transferência de recursos públicos aos prestadores privados entraria numa nova etapa no governo Geisel (1974-1979). Num plano mais geral, a partir de 1974, com o fim do chamado “milagre econômico”, manifesto no declínio da taxa de acumulação e aceleração da inflação, os empresários industriais brasileiros passaram a reivindicar maior participação nas esferas estatais, tecendo críticas à centralização excessiva do poder e à autonomia decisória adquirida pelos tecnocratas responsáveis pela definição da política econômica, bem como à centralização de atividades econômicas pelo Estado, em especial aquelas ligadas aos setores dos transportes, mineração, comunicações e siderurgia. As reivindicações destes empresários anunciavam, como indica Bianchi (2001, p. 127), “um novo modo de ‘pensar, formular e resolver as questões’, o início de uma superação do patamar econômico-corporativo ao qual haviam se limitado, até então”. Buscavam influenciar a política econômico-financeira do governo militar instituída no contexto de “abertura democrática lenta, gradual e segura”, com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), voltada ao aumento da capacidade energética e da produção de insumos básicos e de bens de capital no país (Brasil, 1974).

Essa perspectiva é confirmada por Boris Tabacof, ex-diretor do Grupo Safra, ex-presidente do Banesp e, em 2011, presidente do Conselho de Administração do Grupo Suzano de papel e celulose, lembrando o contexto em que o II PND foi instituído:

O planejamento era muito forte. E não havia, na verdade, uma distância visível entre o Ministério da Fazenda e o Ministério do Planejamento. Era um centro único. As decisões eram centralizadas. Como era a relação com os empresários? Com todo o sistema de censura e de limitação da informação via imprensa, o planejamento econômico era amplamente divulgado. E, além disso, havia realmente contatos pessoais muito intensos. Havia aqueles empresários que tinham uma percepção mais clara das oportunidades que se apresentavam. (...) O governo escolhia até o local, as metas, os recursos e mobilização de todos os meios, especialmente os financiamentos do BNDES, os vários incentivos fiscais, especialmente no Nordeste e em outras regiões, onde havia

praticamente uma isenção de impostos por longos anos, e tudo isso era alcançável pelos grupos empresariais. (Fundação Getúlio Vargas, 2011, p.65-66)

Num contexto marcado pelo “crescente papel do Estado como regulador da sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político” (Oliveira & Teixeira, 1985, p. 201), a política nacional de saúde, entendida como atividade planejada, integrada e controlada pelo executivo central, foi implementada efetivamente a partir de 1974, logrando cumprir a dupla finalidade de harmonização social e expansão da lucratividade, por meio da capitalização dos prestadores privados de serviços de saúde (Luz, 1979).

Tal política se caracterizou por uma articulação das instituições do Estado brasileiro com os interesses do capital internacional representados pela indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares:

O ato médico, sendo o lugar de realização das mercadorias produzidas nestes setores, assume importância fundamental na ótica da acumulação de capital, sendo que a prática médica curativa e o hospital são, por excelência, os mais adequados ao ciclo do capital-medicamentos e capital-equipamentos. A garantia de um mercado institucional através dos segurados da Previdência, que de outra forma não lograriam consumir estas mercadorias, não é de forma alguma desprezível para o capital internacional, posto que em 1973 o Brasil já ocupava o 8º lugar no mercado internacional em consumo de medicamentos. (Cordeiro, 1978 *apud* Oliveira & Teixeira, 1985, p. 208-209)

A partir de 1974, a ampliação da assistência médica pelo sistema previdenciário foi ainda maior que a dos outros benefícios, sendo estendida a trabalhadores não segurados e situados no mercado informal de trabalho. O II PND determinou que caberia ao MS exercer seu caráter normativo e ações executivas voltadas aos interesses coletivos, enquanto a responsabilidade de organizar a oferta da atenção médico-assistencial individualizada seria do recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (lei n. 6.036/1974). O financiamento público aos hospitais privados foi viabilizado pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), administrado pela Caixa Econômica Federal - que garantiu empréstimos a juros baixos para remodelamento e ampliação desses hospitais e para a indústria de equipamentos hospitalares.

Conforme analisa Cordeiro (1984, p. 86), o período de 1974 a 1978 foi marcado

... por um elenco de medidas que completaram o processo de unificação e centralização do aparelho previdenciário ao mesmo tempo em que, pretensamente, descentralizavam as ações médicas. Foi neste período que se consolidaram os dispositivos normativos do convênio-empresa, gerando novas bases de sustentação e legitimação para o desenvolvimento das empresas médicas de pré-pagamento. Contraditoriamente, este mesmo elenco de medidas, proporcionando uma transferência crescente de recursos financeiros ao complexo médico-empresarial, criava uma crise fiscal localizada, cujo ápice registrou-se no ano de 1978.

Oliveira & Teixeira (1985, p. 216) ressaltaram, no calor dos acontecimentos, o papel político de entidades de representação dos interesses empresariais na saúde, com destaque para a FBH, no direcionamento desses recursos:

No caso destes financiamentos é importante observar a formação de canais de representação capazes de funcionar, como pressão no aparelho de Estado, como é o caso da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que vem atuando ativamente no sentido de garantir o favorecimento do setor privado na aplicação dos recursos do FAS.

Segundo Czapski & Medici (2011), a FBH havia divulgado, em junho de 1973, um estudo sobre a inserção do setor hospitalar na política nacional de saúde, no Simpósio de Assistência Médico-Previdenciária da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Essa atuação revela, no âmbito das entidades empresariais de saúde, o início de uma superação do patamar econômico-corporativo de consciência e organização política.

A política nacional de saúde de fomento aos prestadores privados ganhou magnitude com o Programa de Pronta Ação (PPA), instituído em 1974 a partir de um conjunto de portarias e resoluções do MPAS, que, entre outras medidas, autorizou o credenciamento de instituições privadas prestadoras de serviços de saúde para o atendimento de urgência. Por essa via, a Previdência Social passou a cobrir os gastos realizados por clínicas e hospitais privados via Boletim de Atendimento de Urgência (BAU), de acordo com a tabela de remuneração de atos médicos. Assim, em 1976, os hospitais próprios do MPAS eram responsáveis por 2,6% das internações, enquanto os hospitais particulares contratados respondiam por cerca de 98% desse serviço (Cordeiro, 1982, p. 81-90).

O PPA também estabeleceu que caberia ao segurado optar por instalações especiais nos hospitais particulares contratados pela Previdência, mediante pagamento complementar ao hospital, bem como o veto à ampliação da rede hospitalar pública, e a normalização de uma assistência fundamentada no regime de livre escolha (Menicucci, 2007, p. 92). Se, a partir do PPA, o INPS formalmente se desobrigava da assistência à saúde desses segurados, na prática continuava arcando com as emergências atendidas nos hospitais contratados e internações nos hospitais próprios de segurados empregados das empresas convenentes, sem cobrança desses serviços, bem como com a atenção a doenças que necessitassem de mais de 180 dias de internação. O INPS continuava arcando, ainda, com as despesas relativas a atendimentos de alto custo, tratamento a tuberculosos e doentes mentais, e assumia a responsabilidade financeira em casos de

cirurgia cardíaca, microneurocirurgia, transplantes, implantes, politrauma e outros riscos catastróficos (Mello, 1977).

A inviabilidade do pagamento por unidade de serviço prestada pelo setor conveniado, que foi expandida indiscriminadamente, agravada pelo crescimento da massa segurada e a necessidade de ampliação da cobertura assistencial, contribuíram para a crise do sistema. Assim, mesmo sofrendo pressões dos empresários da saúde contra o investimento nos serviços próprios da Previdência Social, houve ampliação dos convênios do MPAS com sindicatos, universidades, prefeituras e governos estaduais, a partir de 1974, por meio de pagamentos globais e não por unidades de serviço. Os convênios-empresa foram se restringindo ao ponto de serem extintos, em 1979, embora, como ressalta Menicucci (2007, p. 91):

... a assistência empresarial não deixasse de receber outros incentivos governamentais, sendo o principal, a partir de 1974, a autorização para a dedução do Imposto de Renda dos gastos com saúde das empresas.

O Sistema Nacional de Saúde, estabelecido pela lei 6229/1975, foi um dos instrumentos criados pelo bloco no aparato estatal com vistas a harmonizar os projetos desenvolvidos pelo MS e pelo MPAS, estabelecendo que a Política Nacional de Saúde seria responsável por unificar as ações de saúde no país, e que a Comissão Permanente de Consulta (criada pela Portaria Interministerial 01/1976) entre os dois ministérios seria o fórum privilegiado para construção dessa política (Brasil, 1977, p. 5).

A lei n.6.439/77, por sua vez, instituiu o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), composto pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), e, como órgão autônomo, a Central de Medicamentos (CEME) - todos vinculados ao MPAS. O IAPAS recebia a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)¹⁰, processada pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), responsável pela computação dos dados da assistência médica para remunerar os estabelecimentos contratados e conveniados, com vistas a controlar o repasse e dificultar os mecanismos de apropriação indevida de recursos por esses estabelecimentos. Enquanto os hospitais da Previdência tinham um orçamento previsto, os hospitais contratados eram remunerados segundo o modelo privado de remuneração - a partir da conta apresentada ao INAMPS.

¹⁰ Instituída pelo Decreto n. 76.900, de 23/12/75, iniciando o processo informatizado de cadastramento de empresas no Brasil.

A partir de 1976, a DATAPREV passou a processar os dados da assistência médica gerados através das Guias de Internação Hospitalar (GIH). Constituindo o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH), as GIH vigoraram até 1984, e através delas o INAMPS pagava por atos e insumos enviados pelos hospitais. O controle sobre essas faturas era realizado por amostragem, e as discrepâncias, quando detectadas, sofriam auditoria do poder público. Levando-se em consideração a velocidade de capital exigida pelos modernos hospitais contratados, as GIH apresentavam respostas lentas e as contas atrasavam, bem como os pagamentos, o que tampouco lhes favorecia. Assim, visando diminuir o nível de corrupção em que se encontrava o sistema e racionalizar os repasses financeiros a esses hospitais, técnicos do INAMPS substituiriam, já na conjuntura seguinte, entre 1981 e 1984, as GIH pelo sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), instituindo com ele o pagamento por conjunto de atos e insumos com valores pré-definidos. O controle sobre as AIH passaria a ser realizado pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH), vigente até os dias atuais.

Com as AIH, o INAMPS estimularia o credenciamento automático de hospitais, gerando empréstimos para investimento privado nesses estabelecimentos - possibilitando-lhes faturamento posterior, por meio do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), criado pelo decreto-lei n. 1.940/1982 e vinculado ao BNDES. Contudo, segundo a biografia do empresário Juljan Czapski (Czapski & Medici, 2011, p. 212), o “congelamento da contrapartida governamental no convênio-empresa”, e as insatisfações com as AIH expressas nas “divergências em cálculos de custos e benefícios, bem como [nas] demoras no pagamento, aumentavam a tensão no relacionamento entre governo e prestadores de serviço”, fomentando o debate de dirigentes hospitalares sobre alternativas de custeio médico hospitalar, mobilizando os sindicatos patronais de saúde e motivando a criação de uma nova entidade nacional do patronato: a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS)¹¹.

Até fins dos anos 1970, o complexo médico-empresarial vinha se fortalecendo a partir da estruturação de uma rede de conexões entre empresas de pré-pagamento e o setor hospitalar, pela garantia do fluxo de pacientes por essas empresas para os hospitais e para os serviços de exames e tratamentos especializados, bem como pela vinculação

¹¹ As origens e o papel da FENAESS serão discutidos no item a seguir.

de empresas médicas a hospitais como forma de atrair clientela. A entrada de empresas multinacionais na área de assistência médica, naquele contexto, articulou um forte setor do capital financeiro a esse complexo (Cordeiro, 1984).

No contexto nacional, as lutas sociais se intensificaram, nos anos finais de 1970, com as greves do ABC paulista, inaugurando “um amplo movimento contra a superexploração do trabalho e a legislação política repressiva” sobre o movimento sindical e as formas de representação política dos trabalhadores (Bianchi, 2001, p. 127).

A grande insatisfação popular com o governo militar já vinha se dando no campo da saúde desde o início dos anos 1970, em meio a epidemias de meningite em São Paulo e ao alto grau de mortalidade infantil verificado nas estatísticas de 1974 (Sader, 1988). O contexto caracterizado pela “necessidade de melhoria do atendimento à população, em especial nas periferias dos grandes centros urbanos, focos potenciais de tensões sociais”, favoreceu a abertura de espaços, no interior do MS, para que um grupo novo de técnicos veiculasse uma estratégia de fortalecimento do papel de coordenação da política de saúde. Essa estratégia teve como instrumentos principais

... a recuperação das Conferências Nacionais de Saúde, a implementação de programas inovadores e a tentativa de estabelecimento de mecanismos de coordenação política do setor saúde. (Scorel, 1998, p. 60)

Também no interior do MPAS, correntes de pensamento que não se vinculavam aos interesses empresariais e ao grupo técnico-burocrata, agrupadas sob a denominação de “publicistas”, passaram a instituir mecanismos de controle sobre o modelo assistencial baseado na universalização do atendimento via subsídio ao setor privado, buscando conter a crise fiscal da previdência social decorrente da transferência de recursos financeiros ao complexo médico-empresarial.

Este movimento ganhou amplitude com a modificação na arena política promovida pelo fortalecimento do movimento sanitário, em meio às lutas sociais contra a ditadura. O movimento sanitário, cujas bases se assentam nos movimentos de estudantes, médicos residentes e de professores universitários, ampliou sua consciência e organização política coletiva por meio da consolidação do campo da saúde coletiva, fornecendo as bases para a construção de um projeto de sistema nacional de saúde de caráter desmercantilizado, universalizante, unificado, descentralizado, regionalizado e participativo (Scorel, 1998).

Scorel (1998, p. 43) identifica três espaços institucionais, criados a partir das diretrizes do II PND, especialmente para a política científica e tecnológica e na área de

preparação e distribuição de pessoal de saúde, que estimularam oficialmente o movimento sanitário: o setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS. Estes espaços viabilizaram o financiamento de projetos e a contratação de pessoas que tinham seus currículos recusados nas instituições nacionais por constarem da ficha do Sistema Nacional de Informação do governo militar,

... promovendo a articulação com as secretarias estaduais de saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criados respectivamente em 1976 e 1979, foram as principais entidades civis representantes desse movimento, pelas quais exerceu forte impacto na renovação dos currículos universitários, na construção de espaços acadêmicos de difusão de pesquisas com o enfoque médico-social, e na articulação com outros movimentos sociais engajados na luta por justiça social e melhoria das condições de vida da população brasileira.

A insatisfação geral com o regime autoritário se transformou na luta, pelo movimento popular de saúde e pelo movimento sanitário, por um novo modelo de saúde que se traduzisse num novo projeto de sociedade. Deste encontro entre os movimentos populares - de lavradores, lavadeiras, donas de casa, professoras rurais, entre outros, boa parte ligados às Comunidades Eclesiais de Base (CEBs)¹² -, e os profissionais articulados ao movimento sanitário, interessados em contribuir para a expansão da rede de postos de saúde e para a organização popular no campo da saúde pública, surgiram em São Paulo as Comissões de Saúde.

As primeiras Comissões registradas datam de 1977, no Jardim Nordeste e São Mateus - regiões que aglutinam dezenas de bairros pobres da cidade de São Paulo. Na assembléia pública reunida em 1979, com quase mil pessoas representando os onze bairros de São Mateus, as principais exigências eram: melhoria imediata dos poucos postos de saúde existentes e construção de novos centros de saúde; construção de um pronto-socorro com maternidade; construção de um ambulatório do Inamps; eleição de

¹² As CEBs são pequenos grupos constituídos em torno de uma paróquia ou capela, surgidas a partir dos anos 1960, tanto na zona urbana como na zona rural. Em meio à discussão dos problemas comuns de sobrevivência, moradia e melhores condições de vida, tomaram vulto aquelas relacionadas à justiça social e aos direitos humanos, o que tornou tais “comunidades” espaços de articulação política para o movimento de redemocratização no país.

um conselho de representantes das comunidades para fiscalizar o funcionamento desses órgãos.

O Movimento Popular de Saúde (MOPS), que começava a ganhar corpo naquele momento e ganharia oficialmente esse nome no III Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária, ocorrido em Goiânia em 1981, era composto por grupos que defendiam a estratégia prioritária de reivindicação de melhorias materiais, bem como por grupos que entendiam que era fundamental a luta pela participação popular, na forma de fiscalização dos postos, pronto-socorros e ambulatórios, transformando as relações sociais pela participação política direta (Sader, 1988).

Ao longo do processo de redemocratização, a perspectiva de criação de um aparato estatal capaz de atuar mais fortemente na garantia dos direitos sociais, possibilitou a aproximação de sindicalistas, secretários municipais e estaduais de saúde e grupos parlamentares, alinhados com essa perspectiva, às propostas do movimento sanitário. Ao defender o investimento na ampliação do sistema público de saúde e o maior controle público sobre os serviços privados contratados, este projeto se confrontava diretamente com os interesses econômico-corporativos dos empresários da área.

Para se contrapor a este projeto, as entidades empresariais na área da saúde se moveram, ao longo das duas décadas seguintes, na direção de uma ampliação de sua representação política no âmbito do Estado, como se apresenta a seguir.

II.2. 1980-1990 – a cultura de crise e o confronto entre projetos para a política nacional de saúde

Já faz quase uma década que o subsistema conveniado, especificamente com o setor público, vem-se insinuando como o caminho para uma reorganização da assistência médica. Por outro lado, é por demais sentida a necessidade de controlar e disciplinar a ação do subsector privado contratado. A preservação destas duas lógicas, mesmo que temporariamente, garante a presença constante de contradições, problematizando o curso subsequente da mudança. (Oliveira & Teixeira, 1985, p.301)

Em 1978, em face aos primeiros movimentos grevistas no ABC paulista, o empresariado nacional organizou uma consulta envolvendo cinco mil representantes, através do jornal *Gazeta Mercantil*, para eleger oito líderes signatários de um documento político em resposta às greves, intitulado “Primeiro documento dos empresários”. O denominado ‘grupo dos oito’ se compunha, majoritariamente, por

representantes “do setor mais dinâmico da indústria na década de 1970 – a indústria metal-mecânica e a eletro-eletrônica” (Bianchi, 2001, p. 128). O documento definia que uma política social consequente deveria se basear numa política salarial justa, que levasse em conta “o poder aquisitivo dos salários e os ganhos de produtividade médios da economia. A partir deste patamar, poder-se-ia, então, atender às diferenças setoriais, abrindo espaço para a legítima negociação entre empresários e trabalhadores”. Para isso, era necessário haver “liberdade sindical, tanto patronal quanto trabalhista, dentro de um quadro de legalidade e de modernização da estrutura sindical” (Bianchi, 2001, p. 127).

Com a expansão do movimento grevista, ao longo daquele mesmo ano, o tom das declarações do mesmo empresariado moderou. O conteúdo do “primeiro documento dos empresários”, contudo, revela os anseios por maior participação de grupos sub-representados nas discussões de problemas nacionais e dos assuntos econômicos do país. O ‘grupo dos oito’ seria incorporado ao comando da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) em 1979, levando para a entidade “um programa que visava instaurar um padrão mais autônomo no relacionamento com o governo”, por meio de “uma colaboração mais intensa com o Executivo, procurando uma solução negociada para a crise econômica e política” (Bianchi, 2001, p. 128).

Conforme Mota (2008, p. 31), longe de indicar uma perenização da ordem capitalista, este contexto revela que a conjuntura de crise econômica e de legitimidade do regime militar portava “um conjunto potencial de iniciativas políticas, capazes de promover mudanças”. A partir dela, os empresários investiram “na perenização de uma sociedade baseada no mercado e na democracia dos livres-proprietários, contrapondo-se às lutas das classes subalternas”, gestando uma nova cultura, cuja novidade residiria

... no fato de a burguesia não mais querer nem poder exercitar pelo alto este poder. Para universalizar a sua ordem, é necessário formar uma cultura geradora do consentimento das classes – isto é, constituidora de hegemonia. (Mota, 2008, p. 47)

Em 1979, o movimento sanitário iniciou uma estratégia de mudar a direção da política, privilegiando o setor público, através da ocupação de cargos na aparelhagem estatal (Escorel, 1998). Neste sentido, também as entidades empresariais de saúde buscaram maior participação no debate sobre a crise do modelo previdenciário-privatista e suas possibilidades de solução, no limiar dos anos 1980, visando imprimir seus interesses no interior do projeto de política nacional de saúde sob planejamento e regulação estatal, proposto pelo movimento sanitário (Rodriguez Neto, 2007). Na primeira metade da década de 1980, tais interesses se inscreveram de modo pouco

articulado, ao longo das discussões envolvendo as versões do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), de 1980, e o Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), de 1982.

O PREV-SAÚDE se inspirava nas experiências realizadas pelo movimento sanitário nos programas de atenção primária desenvolvidas pelo Projeto Montes Claros, no norte de Minas Gerais, e pelo Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste, para discutir o redirecionamento da política nacional de saúde, com vistas à: hierarquização do atendimento conforme níveis de complexidade, tendo a atenção primária como porta de entrada no sistema; participação comunitária; técnicas simplificadas para ampliar os recursos disponíveis; integração dos serviços, fossem eles públicos, privados ou previdenciários, em cada nível de complexidade; e regionalização do atendimento por áreas e populações definidas.

O PREV-SAÚDE não chegou a ser implementado, mas o debate que suscitou permitiu que os grupos envolvidos definissem e consolidassem suas posições, reavaliando sua estratégia de ação política frente aos demais. Permitiu, assim, que as entidades empresariais o interpretassem “como uma radical estatização do setor”, e que grupos no interior do movimento sanitário o julgassem “como um conjunto de medidas racionalizadoras que apenas alcançariam frear a demanda não atendida pelo setor privado, evitando assim o colapso que se antevia” (Oliveira & Teixeira, 1985, p. 274).

Ao longo do debate sobre o PREV-SAÚDE, a ABRAMGE responsabilizou a administração previdenciária pela crise - acusando-a de ineficiente e irracional -, apontando, ao mesmo tempo, a medicina de grupo e o pré-pagamento como alternativa racional e econômica para o uso dos recursos destinados à assistência médica, e propondo extensão dos convênios-empresa e ampliação de sua cota na distribuição dos recursos previdenciários. As companhias seguradoras privadas, representadas pelo Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), posicionaram-se pela eliminação da assistência médica do plano de benefícios e serviços da Previdência, substituindo-o pelo seguro-saúde privado e compulsório. A FBH, representando a fração empresarial beneficiária mais direta do sistema, posicionou-se em defesa do aumento das receitas do INAMPS, a partir da contribuição do governo federal no orçamento para a assistência à saúde. Era contrária, contudo, à priorização de investimentos na assistência pública, acionando o “fantasma da estatização” sempre que se sentisse ameaçada (Oliveira & Teixeira, 1985, p. 292).

Em 1981, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com os principais objetivos de: organizar e aperfeiçoar a assistência médica, propondo critérios para alocação de recursos previdenciários para a área; recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde; e analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica do MPAS.

No ano seguinte, o CONASP apresentou o Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (Plano do CONASP), considerado um marco para a redefinição da política nacional de saúde, por assumir uma posição crítica ao sistema de saúde previdenciário, “avaliando com precisão as implicações decorrentes das formas de financiamento ao setor privado” (Oliveira & Teixeira, 1985, p. 295, grifos nossos):

Reconhecendo a privatização da assistência médica previdenciária, a ociosidade e desprestígio do setor público, a impossibilidade de um planejamento racionalizador com a prevalência deste modelo atual, e salientando a necessidade de conter os custos crescentes nesta área, o documento propõe a reversão gradual do atual modelo médico-assistencial. É importante ressaltar que a proposta objetiva não apenas a contenção dos gastos, através do aumento da produtividade e da racionalização do sistema, mas, ao mesmo tempo, *a melhoria da qualidade dos serviços e a extensão da cobertura à população rural em condições iguais à prestada aos trabalhadores urbanos, assumindo integralmente a responsabilidade estatal sobre a política e o controle do sistema de saúde*. Desta forma, propõe-se a utilizar totalmente a capacidade ociosa do setor público, estimulando ademais as modalidades assistenciais que assegurem melhor qualidade assistencial, previsibilidade orçamentária e mecanismos de controle adequados.

Tal proposta incluía a regionalização do sistema de saúde, planejada e coordenada por comissão paritária entre o SINPAS, o MS e as Secretarias Estaduais de Saúde; a hierarquização dos serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade (nível ambulatorial-primário e nível hospitalar-secundário e terciário). Não previa a participação exclusiva do setor público em qualquer um dos níveis, mas excluía os serviços pré-pagos das empresas médicas. No nível hospitalar, previa mudança na remuneração do setor privado de unidades de serviço para um padrão que considerava o procedimento global clínico ou cirúrgico. O plano propunha, ainda, a introdução de novos mecanismos de auditoria técnica para melhoria da qualidade assistencial, com descentralização do planejamento e execução, e a desburocratização no relacionamento com as instituições contratadas. Definia medidas de valorização dos trabalhadores das instituições públicas e a criação de domicílios sanitários, vinculando a clientela aos serviços básicos de saúde de sua área, que a referenciaria para o acesso aos demais níveis. Criava, finalmente, o sistema de auditoria médico-assistencial para controle dos setores público e privado e apregoava o aperfeiçoamento dos mecanismos

de custeio e de incremento da receita, dentre os quais, a participação dos níveis estaduais e municipais no custeio (Oliveira & Teixeira, 1985, p. 295-296).

Ainda segundo Oliveira e Teixeira (1985), a ABRAMGE declarou apoio ao Plano do CONASP, calculando que uma contenção de gastos com os serviços contratados poderia favorecer o aumento de sua própria participação na prestação de assistência médica. A FBH manteve sua posição contrária à contenção de gastos com assistência médica e à proposta de racionalização do seu financiamento, afirmando que, “com a contenção dos atos médicos pelos novos parâmetros, liberando apenas aqueles casos de urgência, os hospitais tratar[iam] de transformar a maior parte dos casos em ‘urgências’ com riscos de vida e custos multiplicados” (Oliveira & Teixeira, 1985, p. 300).

O Plano do CONASP teve impacto na implementação, em 1983, do Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), em 15 unidades da federação e, em 1984, na assinatura dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS) entre o MPAS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os ministérios da Saúde e da Educação.

As AIS foram caracterizadas por Paim (1986, p. 167) como “componente originalmente subalterno do Plano do CONASP e como redefinição democratizante de uma política racionalizadora que passou a ter mais espaço com o avanço das lutas democráticas”, mesmo com orçamento expressivamente menor em relação aos recursos repassados para a assistência privada. Em linhas gerais, tais ações tinham por base o privilegiamento do financiamento da assistência prestada pelas instituições públicas, além da mudança do modelo médico-assistencial, priorizando a assistência ambulatorial e estendendo cobertura para a melhoria da qualidade dos serviços, estimulando, também, a criação de instâncias de participação da população na gestão dos serviços de saúde.

Os representantes do movimento sanitário passaram a ocupar importantes cargos de direção do MPAS, do INAMPS e do MS, direcionando a estratégia das AIS para elaboração de um Sistema Único de Saúde para o país, a partir de suas bases desmercantilizadas e democratizantes.

As disputas internas das frações empresariais da área se expressavam, no interior do CONASP, de acordo com Rodriguez Neto (2007), na oposição entre os empresários hospitalares e os produtores de equipamentos e insumos - que sustentavam o modelo de atenção à saúde baseado na oferta de serviços privados financiada pelo Estado -, e os representantes da medicina de grupo, dos convênios-empresa e dos seguros privados de

saúde - que propunham uma modernização da área que estimulasse a concorrência capitalista entre os prestadores de serviço privados. Isso, a seu ver, traria uma melhora da relação custo/benefício, a partir do afastamento do investimento público na prestação de serviços de saúde à população urbana inserida formalmente no mercado de trabalho, restringindo-se às ações voltadas à coletividade e à prestação de serviços à população rural e/ou carente, incapazes de atrair os investimentos empresariais (Rodriguez Neto, 2007).

Essas divergências foram reelaboradas no interior do complexo médico-empresarial, sobretudo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), organizada pelo MS e pelo MPAS para discutir propostas para o Capítulo da Saúde na nova Constituição, tendo como presidente Sergio Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e principal liderança do movimento sanitário.

Destaca-se, no processo de reorganização das entidades empresariais de saúde na década de 1980, a criação da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS). Oficializada em 1983, a entidade materializou os anseios por maior protagonismo político por parte dos sindicalistas patronais de saúde, cujos sindicatos regionais eram até então filiados às federações do comércio dos seus respectivos estados. Esse processo foi liderado pelos sindicalistas empresariais ligados ao SINDHOSP¹³, tendo como seu presidente, desde sua fundação até 2000, Francisco Ubiratan Dellape, que havia presidido o sindicato paulista por quatro mandatos (1968-1981), e que atuara também na criação da FBH. Filiada à Confederação Nacional do Comércio (CNC), a FENAESS, como federação “nacional”, passou a representar os sindicatos patronais estaduais de saúde, e atuou, ao longo dos anos 1980, como o ‘braço da saúde’ da CNC em esferas públicas de definição da política nacional de saúde, como a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, entre 1986-1987 e a audiência pública com as entidades patronais, realizada pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte, juntamente com a FBH e a ABRAMGE. A FENAESS teve papel fundamental na criação da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSa), em 1994 - a partir de seu rompimento com a CNC.

¹³ Czapski & Medici (2011, p. 212-213) afirmam: “Em março de 1983, Antonio Saratani, presidente do Sindhosp, subscreveu uma convocação no Diário Oficial para a assembleia de criação da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, Fenaess”.

Segundo Czapski & Medici (2011, p. 219), ao longo dos anos 1980, “o que angustiava a rede privada era a meta de alcançar a estatização de todos os serviços de saúde”. O “fantasma” autoritário da estatização era evocado por esses empresários contra a ideia de “subordinação” da assistência privada ao MPAS, como indica a declaração contrária ao estabelecimento por este Ministério, em 1986, de um maior controle financeiro sobre a prestação de serviços de saúde:

Quando o governo quis impor um contrato-padrão aos hospitais, a quebra de braço (*sic*) chegou aos jornais. A Associação Brasileira de Hospitais, a FBH e a Fenaess se manifestaram contra. Então, o ministro Raphael de Almeida Magalhães respondeu pelo *Estadão* que usaria ‘inclusive o direito de intervenção [...], para manter a continuidade dos serviços considerados essenciais’. (Czapski & Medici, 2011, p. 221)

Em meio à resistência ao controle estatal dos serviços de saúde prestados pelos empresários inscritos nessas entidades, a declaração revela que tais empresários lançaram mão da ameaça de romper os convênios de prestação de serviços considerados essenciais, caso não houvesse negociação favorável. Ainda, possibilita avaliar a (re)produção da “cultura de crise” por parte destes empresários como uma estratégia para unificação dos interesses das diversas frações empresariais da saúde naquele contexto.

Juntas, ABRAMGE, FBH e FENAESS, recusaram-se a participar da 8ª Conferência Nacional de Saúde, por terem direito a somente 2% dos votos, e organizaram, paralelamente, o 1º Congresso Nacional de Saúde das Entidades Não-Governamentais, para discutir “estratégias para a parceria governo-livre iniciativa no campo da saúde” (Czapski & Medici, 2011, p. 220). As discussões da 8ª Conferência foram polarizadas por duas grandes teses: “estatização já!” - defendida por grupos no interior da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e do Partido dos Trabalhadores (PT) - e “estatização em processo” - defendida pelas lideranças do movimento sanitário. Ao final da 8ª Conferência, a tese vitoriosa foi a da “estatização em processo”, considerada moderada pelos movimentos sindicais defensores da estatização imediata dos serviços assistenciais de saúde, e radical pelos empresários da área (Rodriguez Neto, 2003).

Durante os trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), criada para sistematizar as contribuições da 8ª Conferência e apresentá-las à Assembleia Constituinte, ABRAMGE, FBH e FENAESS já tinham uma proposta unificada. Foram membros da CNRS, representando os interesses mais gerais dos empresários, a Confederação Nacional da Indústria (CNI) e a Confederação Nacional

da Agricultura (CNA), enquanto os interesses dos prestadores privados de serviços de saúde se fizeram representar pela CMB e FBH. A FENAESS participou da comissão como representante da CNC.

Os documentos da Comissão apresentam a contestação feita pela FENAESS ao artigo 1 da proposta majoritariamente defendida na comissão para o conteúdo de saúde da nova Constituição, que definia: “A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer distinção” (CNRS, 1987a). A CNI e a FENAESS votaram contra a redação “A saúde” no *caput* do artigo, propondo “A proteção à saúde”, visando limitar a noção de saúde a uma perspectiva restrita à assistência médico-hospitalar. A FENAESS propôs, ainda, a retirada do texto original da subdivisão público, privado não lucrativo, filantrópico conveniado, privado lucrativo conveniado e privado lucrativo autônomo, a partir da consideração de que “o setor privado é único, não devendo ser subdividido entre não lucrativo e lucrativo, e por isso [deve ser] contemplado uniformemente no Sistema Nacional de Saúde” (CNRS, 1987a). Essa proposição, bem como a expressão “a proteção à saúde”, foram minoritárias na votação do texto final encaminhado pela CNRS à Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte (SSSMA). Ambas seriam, contudo, retomadas pelas entidades empresariais da saúde ao longo do debate constituinte, arena privilegiada de disputa de projetos societários no contexto de redemocratização do país.

No que se refere às formas de relacionamento do poder público com a rede privada de assistência à saúde, a proposta encaminhada pela CNRS estabelecia: a redefinição dos papéis da rede privada; a definição da necessidade de utilização mais intensa da rede pública e filantrópica e mais seletiva da rede privada lucrativa; a avaliação da possibilidade de tal mecanismo gerar recursos adicionais para o sistema; a discussão sobre a descentralização da contratação da rede privada para estados e municípios. Em um de seus documentos, fundamenta a noção de controle público sobre o setor privado, afirmando que

Dadas as características conjunturais e estruturais do setor, torna-se difícil pensar numa estatização da medicina no Brasil. Mas é possível estabelecer uma efetiva subordinação das ações prestadas pela rede privada de serviços aos interesses da população e ao comando do setor público. (CNRS, 1987b)

A proposta constitucional para o capítulo da saúde pela CNRS foi levada à discussão para a SSSMA. O debate público da saúde seguiu o percurso da SSSMA à Comissão da Ordem Social, à Comissão de Sistematização e às votações no plenário do

Congresso Constituinte. Constituindo a primeira etapa desse processo, a SSSMA convocou audiências públicas com representantes de diversos segmentos da sociedade civil ligados à saúde (entidades estatais, entidades patronais e prestadoras de serviços privados lucrativos e filantrópicos, entidades de trabalhadores e entidades científicas e de ética) para rediscutir a proposta.

Na audiência pública com as entidades patronais, ocorrida em 23/04/1987, o representante da FBH, Sílio Andrade, realçou o pioneirismo da iniciativa privada na assistência médica no país e definiu uma proposta de relacionamento entre serviços públicos e privados conveniados pautada pela “aceitável relação custo-benefício” no que tange a excelência no atendimento, administração e aparelhagem hospitalar (BRASIL, 1987).

O representante da ABRAMGE, Alexandre Lourenço, também destacou a importância da medicina de grupo no que se refere à definição de marcos de qualidade, eficiência e gastos para o atendimento à saúde. Afirmou, nesse sentido:

O que nós queremos na Constituinte? Que haja, realmente, a universalização do atendimento à população, que haja a possibilidade de essa população ter acesso à livre escolha da forma a ser atendida e que permaneça o pluralismo de atendimento. (...). Não adianta nada desaparecer toda a iniciativa privada e ficar só o setor público. E mesmo que o setor público seja o mais eficiente possível, é preciso ver a que custo isso é verdade. (...) ao setor público é importante que tenha um termo de comparação. (Brasil, 1987)

Reforçando os posicionamentos da FBH e da ABRAMGE, o presidente da FENAESS, Francisco Dellape, se pronunciou contrariamente às definições contidas no documento final da CNRS quanto ao controle pelo poder público sobre as atividades privadas de saúde:

Qualquer forma de planificação que inclui a área privada, somente atua quando tem caráter meramente indutivo, respeitando-se os limites de uma liberdade de iniciativa, sem o qual o setor privado não funciona. Se queremos a universalidade das ações, a equidade do atendimento, teremos que convocar, necessariamente, a iniciativa privada, no esforço conjugado para o alcance destas metas, reconhecendo-lhe a singular posição que desfruta no contexto nacional de saúde. (Brasil, 1987)

A CMB não se envolveu no debate acerca da defesa da saúde como livre iniciativa e do direito de escolha dos usuários, já que sua diferenciação como setor filantrópico possibilitava gozar de posição privilegiada no reordenamento do sistema (Rodriguez Neto, 2003). Desde os anos 1970, setores no interior da Igreja católica vinham se posicionando em defesa dos direitos humanos e políticos no país e contribuindo para a reorganização da sociedade civil em torno das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Por meio das CEBs, difundiram a Teologia da Libertação,

por meio da qual passaram a defender o atendimento às necessidades dos pobres e oprimidos, aproximando-se mais fortemente dos partidos e movimentos em favor da redemocratização e da justiça social. Essa aproximação teve como um de seus momentos emblemáticos o culto ecumênico realizado na Catedral de São Paulo em homenagem ao jornalista Wladimir Herzog, morto na prisão, em 1975, que se tornou o primeiro grande ato público pelo fim da ditadura. Em 1977, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) se pronunciou oficialmente pela abertura política e em defesa dos direitos humanos, através do documento *Exigências Cristãs por uma Nova Ordem* (Escorel, 1998).

Na Constituinte, os grupos representantes do setor filantrópico hospitalar se diferenciaram dos grupos empresariais, pronunciando-se na audiência pública com as entidades científicas e de ética em 29/04/1987. O representante da CMB, Arimar Ferreira, ressaltou, na ocasião, que a Confederação congregava todas as assistências sociais filantrópicas, que por sua vez dispunham de 51,2% da oferta de leitos do país. Expressou que as instituições filantrópicas eram “uma extensão do governo”, podendo cobrir integralmente a população brasileira, dado que seu objetivo é o “social, e só o social!” (Brasil, 1987, p. 118). Ferreira afirmou, ainda, que as entidades filantrópicas eram, por sua natureza jurídica, capazes de atender a projetos sociais de alto interesse comunitário, integrados ao nível da União, Estados e Municípios.

Para diferenciar a CMB das demais entidades representantes dos prestadores privados de saúde, Ferreira frisou que sua diretoria e seus conselhos não mantinham vínculo empregatício e não recebiam proventos diretos ou indiretos, tampouco praticavam transações comerciais diretamente com a entidade. Defendeu, nesse sentido, que a CMB gozasse de imunidade de impostos, taxas e contribuições de melhoria, bem como isenções de contribuições parafiscais quanto à cota patronal. Propôs, finalmente, a prioridade ao setor filantrópico, em relação ao setor privado lucrativo, nos contratos com o poder público para assistência à saúde (Brasil, 1987, p. 119).

Os demais empresários da saúde apresentaram em bloco uma proposta de emenda popular, lida por Dellape, que retomava as posições minoritariamente defendidas pela FENAESS na CNRS, contendo, entre outros artigos:

Art 1º Todos têm direito à proteção à saúde.

Nós dizemos “proteção à saúde”, mas não “direito à saúde”, porque esta ninguém pode garantir e nem dar, nós podemos dar meios de proteção à saúde.

Parágrafo único. A todos cabe o direito de escolher o sistema de atendimento, público ou privado, que preferir.

§ 2º No atendimento médico-hospitalar, inclusive da seguridade, não se diferenciara entre o setor público e o setor privado, nem entre os diversos segmentos desse, assegurando-se aos particulares a justa remuneração pelos serviços prestados.

Art 2º Lei complementar disciplinará o sistema nacional de saúde, coordenando a atuação do setor público e do setor privado bem como fixando-lhes as responsabilidades. (Brasil, 1987)

Registra-se, também, neste debate, a representação empresarial na área de medicamentos realizada pela Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (ALANAC). A ALANAC foi criada em 1983, como representante dos laboratórios farmacêuticos nacionais, para atuar na defesa dos interesses desse ramo industrial. Segundo o histórico publicado em seu site, a entidade vem assumindo papel de destaque na defesa de investimento público para a construção e o fortalecimento de um parque industrial farmacêutico nacional competitivo. Entre 1986 e 1988, teria elaborado e distribuído, entre os parlamentares constituintes, o documento “Análise e Propostas da Indústria Farmacêutica Privada Genuinamente Nacional para a Constituinte”,

... que apresentava as razões pelas quais o setor não crescia e convocava o Estado a mobilizar e instrumentalizar a empresa nacional, apresentando-a como aliada natural no processo de correção das distorções socio-econômicas da sociedade brasileira. (http://www.alanac.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=3)¹⁴

Ao longo do processo constituinte, a Plenária Nacional de Saúde aproximou 168 entidades representativas de movimentos populares, de trabalhadores, de profissionais de saúde, de partidos políticos de esquerda, da academia, entre outros, em defesa do ideário do movimento sanitário, e garantiu a aprovação da proposta de emenda popular lida por Sergio Arouca (Escorel, 1998).

Na votação do capítulo da Saúde no texto final da Constituição (CF), as pressões do bloco empresarial se centraram no adiamento do disciplinamento do sistema de saúde, bem como na retirada de pontos importantes, como a proibição da comercialização de sangue e hemoderivados, o controle sobre a produção de medicamentos e a produção de medicamentos genéricos.

¹⁴ Embora não tenha sido o foco desta pesquisa mapear a atuação empresarial na área de medicamentos e insumos para a saúde, ressalta-se a singular presença da ALANAC nos debates ocorridos na SSSMA. Sua participação se deu na audiência pública com as entidades científicas e de ética dessa Subcomissão (ocorrida em 29/04/1987), na qual se evidencia a preocupação do movimento sanitário com a nacionalização e o controle público da produção na área, bem como com a formação de profissionais para atuarem nesta produção, como ressaltou Rodriguez Neto, representando a ABRASCO, na ocasião: “Que a universidade voltada para o setor saúde não esteja voltada apenas para formar mão-de-obra de operação do serviço de saúde, mas que esteja também voltada para a produção, para o desenvolvimento científico e tecnológico que é necessário para que o setor saúde adquira sua autonomia na área de medicamentos, de equipamentos, de imunobiológicos, etc. A questão de recursos humanos está voltada para essas duas vias” (Brasil, 1987, p.127).

Rememorando os embates entre o movimento sanitário e as forças empresariais da saúde na arena da Constituinte, Sônia Fleury (Faleiros, Silva & Silveira, 2006, p.94) registra que, em algumas áreas, não houve avanço para o movimento sanitário:

Foi impressionante porque a gente sentia essa questão da correlação de forças. Na área de medicamentos nós não conseguimos avançar nada. Todos os grupos que participavam da Plenária eram favoráveis a incluir maior controle, a questão dos genéricos, e eu me lembro [de] que o relator da Constituição retirou o item sobre os medicamentos, alegando que havia recebido um telegrama da Abifarma¹⁵ e considerou que isso não tinha importância. Ou seja, esses que eram os mais poderosos sequer nós os enfrentávamos.

Resultante desse embate, a versão aprovada pelos congressistas define que: a saúde é direito de todos e dever do Estado; a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, mas a participação do setor privado no SUS está fixada como complementar, dando preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, sendo vedada - fato inédito - a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenção às instituições privadas com fins lucrativos. A CF 1988 estabelece, ainda, que os convênios com entidades privadas prestadoras de serviços devem ser feitos mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não sigam os termos contratuais (Brasil, 1988).

Para os empresários ligados mais diretamente à assistência, foi considerada vitoriosa a presença da expressão “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, apesar da proibição à transferência de recursos públicos para investimento em instituições privadas de saúde com fins lucrativos (Czapski & Medici, 2011, p.228-229):

Segundo o jornal da Abramge, era uma batalha vencida, mas a guerra continuaria. Os anos seguintes seriam de regulamentação e implementação do texto constitucional. A conquista tinha de ser mantida.

¹⁵ Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica. Site desativado. (www.abifarma.com.br Acesso em 10/04/2012). Entre novembro de 1999 e junho de 2000, foi instituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) pela Câmara dos Deputados para apurar denúncias de superfaturamento, formação de cartel e outras irregularidades na área de medicamentos. O deputado Nelson Marchezan, membro da Comissão, apresentou à plenária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) o seguinte relato sobre o papel da ABIFARMA no processo: “A CPI denunciou quarenta e sete laboratórios por preços abusivos, vinte e um laboratórios por cartel e outros, por variadas razões. Os senhores têm conhecimento da ata fatídica, que apontou para a cartelização dos medicamentos no país. Foi comprovado que esse cartel queria obstruir a entrada dos medicamentos genéricos e, nisso, a ABIFARMA deu uma grande contribuição, que foi comprovada na CPI quando o Presidente-Executivo da ABIFARMA disse que havia gasto ‘constrangidamente’ sete bilhões de reais em uma publicidade. Se fosse uma ação heróica e patriótica, não havia porque estar constrangido em prestar um benefício à sociedade. O constrangimento é que a campanha tinha por objetivo defender interesses econômicos. Pressuponho que o cartel que denunciemos tenha sido o mesmo que fez com que o Congresso Nacional levasse sete anos para aprovar os medicamentos genéricos” (CNS, 2000, ata da 98ª reunião).

Essa vitória seria a “brecha” pela qual as entidades empresariais buscariam ampliar suas possibilidades de atuação no novo contexto sócio-político. Este será o foco da Parte III, na qual se procederá a análise da CNSa como representante de uma fração das classes dominantes brasileiras, prestadora de serviços médico-hospitalares e empresas de planos de saúde, e a capacidade de organização e inscrição de sua agenda no âmbito da sociedade civil e da aparelhagem estatal, com vistas a consolidar a cultura da colaboração na formação/implementação da política nacional de saúde.

PARTE III – Entidades empresariais e a política nacional de saúde – do confronto à colaboração

Atualmente, não restam dúvidas sobre a capacidade de resistência e articulação política desse ampliado padrão de articulação privada de financiamento, compra e prestação de serviços, viabilizado durante o regime militar, quando exposto aos ventos da redemocratização.
(Bahia, 2005c, p. 444)

As dificuldades na implementação do SUS constitucional como política nacional de saúde se inscrevem no quadro geral de redefinição das relações Estado-sociedade e do papel das políticas sociais, segundo os pressupostos da nova pedagogia da hegemonia: “uma nova ordem pós-tradicional”, “um Estado necessário”, “uma sociedade civil ativa” e o “individualismo como valor moral radical”. Noronha, Lima e Machado (2008, p.467) parecem sintetizar essa percepção, ao apresentarem as formas de organização do SUS, afirmando que

pode-se dizer que os princípios e diretrizes da política de saúde foram construídos na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nas duas últimas décadas, e sua implementação tem sofrido a influência dessas tendências.

Nas duas últimas décadas, análises que consideram o papel político das entidades empresariais na saúde perderam centralidade no debate acadêmico, ainda que se possa identificar importantes pesquisas que discutem as relações público-privadas na configuração da política de assistência à saúde nos anos de implementação do SUS (Campos, 1991; Mendes, 1993; Almeida, 1998; Bahia, 1999, 2005a, 2005b, 2005c, 2008; Pierantoni, 2003; Ribeiro, Costa & Silva, 2001; Ocké-Reis, Andreazzi & Silveira, 2006; Falleiros, Silva & Silveira, 2006; Ugá & Porto, 2008, Baptista, 2010, entre outros).

Os trabalhos encontrados que indicam mais diretamente ações políticas dos empresários da saúde e suas influências na definição das políticas e legislações setoriais nesse período foram os de Menicucci (2007), Lima (2010) e Scheffer & Bahia (2011). Menicucci apresenta um mapeamento das influências das entidades empresariais de saúde nos debates políticos nacionais até a constituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000. Lima avança na discussão sobre a política nacional de saúde até a primeira década do século XXI, à luz dos interesses empresariais organizados, tanto a partir das entidades sindicais patronais – mais diretamente da CNSa -, quanto associativas - com ênfase na Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), e destacando o papel da Frente Parlamentar de Saúde (FPS) como um

“movimento” que, “em nome do SUS”, defende interesses diversos (Lima, 2010, p.332). Scheffer & Bahia investigam o financiamento das campanhas eleitorais por empresas de planos e seguros de saúde, em 2006, com vistas a subsidiar a análise de seu papel na definição das políticas e legislações na área. Utilizando dados disponibilizados pelo Tribunal Superior Eleitoral, evidenciam que 62 empresas de planos de saúde doaram, oficialmente, mais de sete milhões de reais a candidatos aos cargos de deputado estadual e federal, senador e governador. Foram eleitos 28 deputados federais e 27 deputados estaduais beneficiados por tais doações (nove de São Paulo, seis de Santa Catarina, cinco do Paraná, quatro do Rio Grande do Sul e um de cada um dos seguintes estados: Minas Gerais, Amazonas e Sergipe). Com apoio das empresas de planos de saúde também se elegeram três governadores. O montante de doações oficiais foi de trezentos e trinta mil reais. Os autores discriminam os partidos políticos envolvidos, bem como o tipo de empresa doadora, e cruzam essas informações com os projetos de lei sobre planos de saúde em tramitação, em 2009, desvelando uma rede de defesa de interesses privados no âmbito legislativo ainda pouco transparente.

Todos estes estudos recolocam em discussão a existência de diferentes acepções sobre o caráter de mercadoria dos procedimentos médico-hospitalares. A forma com que se estabelece a relação entre o Estado e os prestadores privados de serviços de saúde é, nesse sentido, a expressão da acepção “vitoriosa” na correlação de forças num determinado contexto. Ainda que com ênfases distintas, apontam para a recomposição do antigo padrão de compras de serviços e procedimentos privados pelo SUS. A novidade da política nacional de saúde nestas últimas décadas estaria no estímulo a “formas heterodoxas de contratação de pessoal, fundações privadas adotadas por estabelecimentos públicos, e contratação de consultores e consultorias”, disseminando uma “adesão às várias versões do empreendedorismo no sistema de saúde público” (Bahia, 2008, p. 149).

Corroborando com esta análise, verifica-se que a não-garantia de recursos permanentes e suficientes para a implementação da política nacional de saúde definida constitucionalmente, deformou esta política. Dificultando o investimento de recursos financeiros para o fortalecimento da rede pública de saúde, obrigou a aproximação, em diferentes níveis, das forças publicizantes às forças empresariais representadas pelos prestadores privados conveniados ao SUS. Estes níveis serão discutidos no item final desta parte. A seguir, alguns traços da política nacional de saúde desenvolvida entre

1990 e 2010 serão apresentados, para situar a discussão sobre o papel das entidades empresariais de saúde na sua formação/implementação.

III.1. Redefinições na relação Estado-sociedade civil entre 1990 e 2010 e a política nacional de saúde

Da árdua negociação de que brotou como política nacional de saúde, o SUS é fruto do embate pela ampliação de direitos de cidadania garantidos pelo Estado, num contexto mais amplo de avanço do capitalismo neoliberal, de desregulamentação e precarização das relações de trabalho, ampliação das desigualdades sociais e da pobreza nos centros urbano-industriais, bem como de desenvolvimento de novas formas de articulação público-privadas no provimento das políticas sociais.

Conforme se discutiu na Parte I desta tese, a investida neoliberal incidiu sobre as conquistas sociais alcançadas pela classe trabalhadora, fundando, sob os imperativos da acumulação financeira, uma nova fase na qual se verifica o maior processo de concentração de capital da história (Paulani, 2006). O discurso neoliberal de crise econômica/gerencial irrompeu na década de 1990, e o ajuste fiscal e enxugamento da máquina pública, inicialmente propostos para sua superação, foram ampliados pelo projeto de remodelamento do aparato do Estado e das suas funções, bem como na modificação de seu relacionamento com o setor privado (Diniz & Boschi, 2007), em especial no que tange às políticas sociais (Mota, 2008).

Seus impactos sobre a política nacional de saúde se fizeram sentir, num primeiro momento, quando a CF 1988 se tornou alvo das propostas reformadoras do Banco Mundial (Rizzotto, 2000; Mattos, 2001).

A cultura de crise foi, nessa perspectiva, “condição para empreender mudanças consentidas, que adquiram o estatuto de *iniciativas positivas no enfrentamento da crise econômica*” (Mota, 2008, p. 72, grifos da autora). Assim, ao longo dos anos 1990, verifica-se uma mudança nas diretrizes do Banco Mundial, no sentido da construção de um consenso em torno de uma nova cultura, na qual as políticas sociais, exercidas mediante colaboração público-privada, ganhariam estatuto central na condução do projeto de desenvolvimento para os países capitalistas periféricos (Banco Mundial, 1997) e mais diretamente para o Brasil (Garrison, 2000).

A ênfase na cultura da colaboração encontrou eco no país nas ideias difundidas desde fins dos anos de 1980, pelo Pensamento Nacional das Bases Empresariais

(PNBE) e pela Associação Brasileira de Empresários pela Cidadania (Cives), de que “só há espaço para saídas negociadas” (Martins, 2009). Tais entidades expressam iniciativas de superação da crise de representação por parte do pequeno e médio empresariado brasileiro, não somente industrial, mas cada vez mais articulado ao chamado setor de serviços (Bianchi, 2001).

O “Pacto Nacional”, primeiro documento elaborado pelo PNBE em 1990, foi assinado pela CNI, CNC, CNA, Confederação Nacional do Transporte (CNT) e Federação Brasileira de Bancos (Febraban)¹⁶. A partir dele, foi aprovado em 1994, na 1ª Convenção Nacional do PNBE, o documento programático denominado “Projeto Nacional: o Brasil que queremos”. Nele se afirma a opção pela economia de mercado, mas também se apresenta a defesa da atuação do Estado, tanto “nas atividades inerentes ao seu ‘núcleo duro’, como o controle monetário, as relações exteriores e a segurança nacional”, quanto na garantia da universalização da educação básica até o segundo grau, da “assistência à infância, à velhice, aos deficientes, aos desvalidos e aos desempregados”, bem como seu papel no que tange “a criação, a construção e a manutenção da infraestrutura e dos serviços básicos; combate às endemias; o estímulo à produção e ao desenvolvimento tecnológico” (*apud* Bianchi, 2001, p. 138). Como afirma Bianchi (2001, p.139-140), a mobilização da sociedade e o alargamento dos interesses representados no Estado, cernes da mudança cultural e ética proposta pelo PNBE, ultrapassam o horizonte das relações entre empresários individuais e Estado, propondo “uma rearticulação das relações existentes entre a sociedade e o poder político”.

A Cives, contando com forte presença de participantes do PNBE¹⁷, buscou aproximar o projeto político da esquerda brasileira, especificamente do PT, para o “entendimento nacional” em favor dos pontos centrais da agenda que caracterizamos na Parte I como neoliberal de Terceira Via (Neves, 2005, 2010; Martins, 2009). Tal agenda vem sendo implementada no país, a partir dos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), tendo se aprofundado nos governos de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010).

No âmbito da política nacional de saúde, de acordo com Rodriguez Neto (2003), o movimento da reforma sanitária conseguiu imprimir como política governamental global a noção de que a política de saúde deve ser a convergência das políticas sociais e

¹⁶ www.pnbe.org.br/historico.html. Acesso em 10/10/2011.

¹⁷ Oded Grajew, Emerson Kapaz e Sergio Mindlin, entre outros.

econômicas para a produção da qualidade de vida e do bem-estar coletivo. O autor, militante do movimento sanitário, relembra com detalhes, no entanto, que o projeto de Lei Orgânica da Saúde apresentado pelo Ministério da Saúde, ainda que incorporasse alguns aspectos do anteprojeto desenvolvido por mais de cem técnicos sanitaristas em grupos de trabalho, seminários e debates organizados pelo NESP/UnB, reeditou as tensões entre os defensores do SUS público, universal e participativo e os grupos identificados com os interesses privados e corporativos. Estes últimos associavam o clientelismo político aos grupos ameaçados pela nova ordem institucional proposta: entidades empresariais de saúde, funcionários e dirigentes do Inamps, Fundação Sesp, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), Pioneiras Sociais, LBA, universidades e hospitais universitários, entre outros.

O projeto final, um substitutivo negociado após o não cumprimento do prazo para apresentação do projeto do Ministério da Saúde (Lei 8080/1990), sofreu vetos presidenciais de Fernando Collor, especialmente no que se refere aos critérios para realizar os repasses financeiros automáticos e regulares para as esferas descentralizadas e a organização do controle social por meio das Conferências e Conselhos de Saúde. A movimentação das entidades integrantes da Plenária de Saúde garantiu que o Congresso Nacional (que ainda era o mesmo da Assembleia Nacional Constituinte) revogasse os vetos e incluísse na Lei as organizações dos Conselhos de Saúde em todos os níveis, com participação paritária e poder deliberativo, e a criação dos Fundos de Saúde, estabelecendo ainda um prazo para ser apresentado pelo Ministério da Saúde um plano de carreira, cargos e salários para o SUS (Lei 8142/1990) (Rodriguez Neto, 2003). Contudo, a despeito do orçamento da seguridade social ter sido definido pela CF e pelas Leis Orgânicas de Saúde, com destinação de 30% para a saúde, os sucessivos governos vêm negando sua aplicação nos últimos vinte anos.

Desde 1987, vinha ocorrendo a destituição de representantes do movimento sanitário dos cargos ocupados no MS, e, em 1988, a demissão do presidente do Inamps e sua equipe demarcou uma fase em que “nenhum ‘representante’ do movimento sanitário permaneceu em cargos de direção do Inamps”¹⁸ (Escorel, 1998, p.189). Em 1991, em meio à falta de recursos no MS, tanto para o combate à epidemia de cólera, quanto perante as reivindicações dos estados e municípios para rolagem de suas dívidas,

¹⁸ A passagem do INAMPS para o MS foi um dos últimos atos do presidente Sarney (dezembro de 1990), embora sua extinção formal tenha ocorrido pela Lei n. 8.689, de 27/7/1993.

o Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento liberou os preços dos seguros-saúde e dos planos de saúde (Faleiros, Silva & Silveira, 2006). Em 1993, os hospitais contratados pelo extinto INAMPS foram “contemplados com a Lei n. 8.620, fundamentada na discriminação positiva das dívidas de hospitais privados integrantes da rede universal de atenção à saúde” (Bahia, 2008, p. 149).

Ao longo dos anos 1990 e primeira década de 2000, o apoio aos hospitais filantrópicos continuou sendo fomentado por meio da abertura de linhas de crédito junto ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para reestruturação financeira desses hospitais; e do aporte adicional de recursos para financiamento de débitos dos hospitais com o Estado e com fornecedores, por meio de programas governamentais como o Caixa Hospitais, em 1998, e posteriormente a Timemania, criada pela lei n. 11.345/2006, bem como por meio da diminuição da quantidade de leitos para o atendimento ao SUS para concessão do certificado de filantropia, formalizada pelo decreto n. 4481/2002, que criou a categoria “hospitais estratégicos” e reduziu o percentual de atividades voltadas ao atendimento universal (Bahia, 2008).

A justificativa da inviabilidade financeira, pela insuficiência de aportes públicos, levou os hospitais filantrópicos – e mesmo os hospitais universitários - a se aproximarem dos planos e seguros de saúde. A concorrência pela atração desses recursos pelos empresários assistenciais privados, contratados pelo SUS e pelos planos e seguros de saúde, fomentou o investimento em tecnologias e instalações de ponta, bem como a adesão de seus negócios aos novos padrões de gestão empresarial, com apoio do Estado.

Assim, nos estabelecimentos privados conveniados ao SUS, desenvolveu-se a prática do duplo (e desigual) atendimento aos conveniados dos planos e seguros de saúde e aos usuários do sistema público, que compartilham instalações, equipamentos e profissionais de saúde com duplo vínculo, recebendo valores distintos pelos procedimentos pagos pelo setor “suplementar” e pelo SUS. Seguindo esta mesma lógica, desde a segunda metade dos anos 1990, os hospitais universitários vêm realizando a prática conhecida como “dupla porta”, com a justificativa de que dela depende sua sobrevivência e sustentabilidade, diante do subfinanciamento público para a área (Scheffer & Bahia, 2010).

Ao mesmo tempo, o aparato estatal brasileiro vem estabelecendo programas de empréstimos para esta rede hospitalar prestadora de serviços ao SUS. O maior desses

programas, denominado Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS - empréstimo n. 4047/BR), iniciado em 1996, contou com cerca de 600 milhões de dólares disponibilizados, pelo governo federal e pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), para recuperação da rede física dos hospitais públicos e privados que prestam serviços ao SUS. Esses recursos possibilitaram que tais estabelecimentos de saúde comprassem equipamentos médico-hospitalares, unidades móveis e realizassem obras de reforma, ampliação e conclusão de suas instalações. Parte desse montante também foi aplicado em projetos para a adequação da gestão desses estabelecimentos aos padrões gerenciais.

No que concerne ao mercado de planos e seguros de saúde, ao longo da década de 1990, o debate político na área da saúde mobilizou forças publicistas e privatizantes entorno de sua regulação. Mais precisamente entre 1991 e 1997, foram apresentados 23 projetos de lei no Congresso Nacional relativos à regulamentação da assistência privada suplementar (Menicucci, 2007). O posicionamento do MS foi registrado em documento redigido em 1997:

...o presidente da República e o ministro da Saúde lançaram o plano de ações e metas prioritárias do que foi então considerado ‘o ano da saúde no Brasil’. As diretrizes políticas expressas nesse documento sugerem um redirecionamento das diretrizes básicas consagradas na Constituição, ao destacar que “a saúde (...) não pode ser uma questão exclusiva do Estado, envolvendo, necessariamente, a família e os diferentes segmentos sociais, nestes incluída a iniciativa privada” (Ministério da Saúde, 1997, p.3 *apud* Menicucci, 2007, p. 252)

No movimento de reacomodação de forças políticas pelo Estado brasileiro, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000, foi justificada em termos de necessidade de se instituir mecanismos estatais de fiscalização e controle de preços, correção das ‘falhas do mercado’ e dos problemas nas condições contratuais, bem como de preservação da competitividade do mercado – com vistas a contribuir para a sustentabilidade das empresas e garantir a defesa dos interesses dos consumidores dos planos de saúde.

À maioria da população brasileira, incapaz de consumi-los, foi proposta a alteração do princípio da gratuidade do SUS e abertura de um plano privado de baixo custo, gerido pelo poder público, voltado para a classe média baixa, para desafogar as filas do SUS nos grandes centros urbanos - como relata Santos (2008), sobre a medida provisória que chegou a ser assinada pelo então presidente Fernando Henrique. Enquanto, na arena da ANS, os empresários da saúde conseguiram garantir forte articulação em defesa dessa proposta, as forças de oposição organizadas no Conselho

Nacional de Saúde, conseguiram que tal medida provisória fosse vetada. Apoiados na prerrogativa constitucional do Estado de exercer maior controle sobre o setor privado na área, grupos contrários à mercantilização da saúde organizados na sociedade civil, alcançaram também, naquele contexto, derrubar a Medida Provisória (MP) 2177-43/2001 sobre os planos e seguros de saúde - que propunha a subsegmentação, legalização de coberturas regionalizadas e a criação de barreiras de acesso ao atendimento nas especialidades médicas.

Atuaram como marcos tensionadores desse debate sobre o papel das instituições estatais, em relação ao mercado privado de saúde:

(...) a organização, em São Paulo, do hoje extinto Fórum Nacional de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde, que chegou a reunir 180 entidades da sociedade civil; o simpósio no Senado Federal, organizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2001; a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Câmara dos Deputados e o Fórum de Saúde Suplementar, ocorrido no Senado Federal, ambos em 2003; e as poucas e limitadas atividades da Comissão Permanente de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde. (Scheffer & Bahia, 2010, p. 34)

Tais atuações, contudo, não conseguiram se sobrepor àquelas direcionadoras da concentração do chamado “setor suplementar” ou “livre à iniciativa privada”, fortemente atrelado ao sistema financeiro e com participação de capitais estrangeiros, que ampliaram enormemente seus rendimentos com a operação de planos de saúde através da medicina de grupo, dos serviços próprios das empresas, das cooperativas médicas e dos seguros saúde. Segundo dados divulgados no site da ANS, apenas entre 2003 e 2011, o percentual da população vinculada a algum plano privado de assistência médica se elevou de 18% para 25%.

Assim, com o apoio do Estado, formas emergentes de financiamento (planos individuais e de grupo) vêm garantindo o dinamismo e a autonomia dos serviços privados na área, por meio de: autorização legal para o repasse pelas empresas das despesas com planos de saúde de seus empregados aos preços dos produtos como custos operacionais, deduzindo-o da renda bruta e do cálculo para o imposto de renda; permissão legal de deduções do gasto com saúde do imposto de renda de pessoa física e jurídica (lei 9250/1995); e incentivos fiscais e isenções de tributação a entidades sem fins lucrativos incidentes sobre cooperativas médicas e medicinas de grupo vinculadas a instituições filantrópicas (Mendes, 1993; Gerschman & Vianna, 1997; Ocké-Reis, Andreazzi & Silveira, 2006; Menicucci, 2007; Bahia, 2008; Ugá & Porto, 2008; Scheffer & Bahia, 2010).

Nos hospitais públicos, os entraves à chamada “flexibilização da gestão”, à terceirização de partes do trabalho assistencial e à incorporação das novas tecnologias de comunicação e informação, tornaram-se alvo de propostas reformadoras orientadas pelo padrão de gestão empresarial vigente nos hospitais lucrativos. Esta mudança aponta para a progressiva mercantilização da assistência e a precarização dos contratos de trabalho na área, como informa Lima (2010, p. 360):

Diferentemente da instituição privada, na instituição pública as decisões em relação à redução dos gastos, bem como à estratégia escolhida – terceirização com redução da força de trabalho, congelamento de salários, introdução de maquinaria para aumentar a produtividade do trabalho, informatização ou utilização de diversos equipamentos, diminuição da oferta ou fechamento de serviços etc. –, resultam do jogo político que é complexo e multideterminado, que retarda e/ou impede a reestruturação dos serviços.

Nesse sentido, o modelo das OS, estruturado a partir do *Plano Diretor* do MARE, vem servindo às mudanças no modo de produzir atenção à saúde e nas relações sociais que o envolvem, a partir da autorização legal que permite se inscreverem, nessa figura jurídica, desde cooperativas e associações de médicos até entidades civis de prestação de serviços médico-hospitalares, mediante declaração de filantropia e submissão a contrato de gestão envolvendo metas, prazos de execução, critérios de avaliação de desempenho e indicadores de qualidade e produtividade. As OS de saúde (OSS) têm autonomia para contratar funcionários sem concurso público; obter recursos de fontes extra-orçamentárias provindas da venda de serviços e da celebração de convênios com planos privados de saúde e seguros-saúde; e comprar produtos sem licitação. A lei autoriza que o fundo público de saúde seja administrado por fundação que contrate diversos prestadores, ou mesmo diretamente por uma associação civil, sem restrição à aplicação de recursos no mercado financeiro. Ainda, de acordo com Lima (2010, p.350):

O novo nesse processo é que diferentemente de outros contratos de serviços realizados com a iniciativa privada, a qual entra na relação com o serviço público oferecendo os seus recursos físicos e humanos para prestar os serviços contratados, o contratante (instituições públicas) cede ao contratado (instituições privadas) parte ou a totalidade de seus próprios recursos (físicos, humanos e materiais), configurando assim novas formas de articulação público-privado no setor saúde.

Em síntese, verifica-se que as tensões entre o projeto de construção de uma saúde pública voltada à transformação das condições de vida coletivas e aquele que visa articular a saúde pública aos interesses do mercado vêm adquirindo novas formas nas duas últimas décadas. Enquanto a crise econômica e gerencial, propagada ao longo dos anos 1980 e primeira metade dos anos 1990, favoreceu a vinculação da noção de qualidade da assistência à saúde a parâmetros empresariais, a cultura da colaboração,

difundida na segunda metade dos anos 1990 e na primeira década de 2000, vem contribuindo para a substituição da noção de “saúde” como direito de todos e dever do Estado pela de serviço não-exclusivo do Estado, a ser prestada por entes públicos e privados, mediante parceria.

Como as entidades empresariais de saúde se articularam neste processo? Os traços gerais da política nacional de saúde sugerem que estas entidades alcançaram um grau elevado de organização política, bem como assumiram papel importante na correlação de forças no interior do Estado brasileiro nas duas últimas décadas. Neste sentido, propõe-se, a seguir, recompor, no quadro apresentado, o papel desempenhado pelas entidades empresariais de saúde, com destaque para a CNSa, com vistas a captar suas influências na formação e implementação da política nacional de saúde.

III.2. A Confederação Nacional de Saúde (CNSa) e a cultura da colaboração: valores, ideias e práticas em construção

Conforme apresentado na Parte II, a criação da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB - 1963), da Federação Brasileira de Hospitais (FBH - 1966), da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE - 1966), da Comissão Técnica de Seguro Saúde da Federação Nacional das Seguradoras (FENASEG - 1969) e das Cooperativas Médicas (Unimed - 1972), expressam um primeiro movimento de articulação da consciência política coletiva do empresariado na área de assistência à saúde, e de sua atuação na representação de interesses no interior do Estado.

Ainda que se registre a preexistência de entidades associativas, como, por exemplo, o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do estado de São Paulo (SINDHOSP), representante dos interesses do patronato hospitalar paulista, criado em 1938, e o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do estado de Minas Gerais (SINDHOMG), seu correlato regional mineiro, criado em 1944, entre outros, verifica-se uma maior representatividade e variedade de entidades empresariais de saúde, a partir dos anos 1960, com o crescimento e diversificação das formas de assistência à saúde proporcionadas pelo processo de urbanização-industrialização brasileiro, bem como com o incentivo à iniciativa privada na área pelo aparato estatal, intensificado ao longo do regime militar.

Essas entidades foram criadas, nos anos 1960 e início dos anos 1970, para representar os interesses econômico-corporativos das instituições filantrópicas (CMB), dos proprietários de hospitais (FBH), das empresas de medicina de grupo (ABRAMGE), dos seguros-saúde (FENASEG) e das cooperativas médicas (Unimed). Ainda que algumas delas tenham se desenvolvido por iniciativa de indivíduos ou grupos comuns¹⁹, sua atuação não traduziu um alinhamento de interesses, levando, por vezes, à inscrição de demandas conflitantes e concorrentes na pauta de discussão da política nacional de saúde desenvolvida ao longo dos anos 1970 e primeira metade dos anos 1980.

A criação da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS), em 1983, demarcou um novo momento na organização dos interesses empresariais na saúde. Integrando a estrutura sindical patronal como filiada à Confederação Nacional do Comércio (CNC), tal entidade atuou, ao longo dos anos 1980, como ‘braço da saúde’ da CNC em diversos fóruns de debate e deliberação da política nacional na área, tendo papel importante na representação dos interesses empresariais no contexto de mudança na correlação de forças ao longo do período de redemocratização do país.

A FENAESS representou a CNC na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, entre 1986-1987, e participou ativamente na audiência pública com as entidades patronais chamada pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte, juntamente com a FBH e a ABRAMGE²⁰. Seu protagonismo maior foi, sobretudo, no processo de criação da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSa), a partir de 1994.

Como aponta Lima (2010), a criação e estruturação da CNSa pode fornecer pistas para compreensão acerca da ampliação da capacidade de organização dos interesses empresariais, disputados por suas diversas frações, na arena política da saúde. A questão-chave desta tese consiste em verificar em que medida, ao longo das duas décadas de atuação, esta entidade, sem perder seu caráter organizativo em âmbito econômico-corporativo, fortaleceu-se por meio do ideário da colaboração,

¹⁹ Identificou-se a participação de representantes patronais comuns na criação da FBH e da ABRAMGE, destacadamente, Juljan Czapski e Francisco Ubiratan Dellape.

²⁰ A criação da FENAESS é contada, por um dos dirigentes patronais entrevistado para esta pesquisa, como um esforço coordenado por Francisco Ubiratan Dellape: “... [Dellape] foi o nosso grande líder do sindicalismo [patronal] da saúde. Ele fundou vários sindicatos, no Brasil, depois fundou a primeira Federação, que chamou FENAESS, Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde, depois ele foi fundando várias outras federações.” (Dante Montagnana, presidente do SINDHOSP e da FEHOESP, em entrevista concedida em 09/02/2012).

reorganizando os interesses empresariais no interior do Estado. E, ao mesmo tempo, como a entidade contribui para desarticular as forças políticas inspiradas ou atuantes no movimento sanitário, direcionando a política nacional de saúde para integrar as relações público-privadas que estruturam e dinamizam o SUS àquelas referentes ao mercado assistencial e de planos e seguros de saúde.

A CNSa foi criada pelos grupos ligados à FENAESS e demais sindicatos e federações patronais estaduais de saúde. A entidade tem estatuto de representação de todos os estabelecimentos do país prestadores de serviços de saúde privados lucrativos ou filantrópicos e empresas de planos de saúde.

A criação da CNSa materializa, assim, o esforço dos sindicalistas patronais da área de se diferenciarem em relação ao setor econômico mais diretamente ligado ao comércio, rompendo com a filiação de suas entidades à CNC, bem como de ocupar um espaço não preenchido pelas entidades associativas empresariais de saúde existentes. Na construção de sua relação com o SUS, seja como representantes sindicais dos prestadores de serviços “complementares” ou como “suplementares”, tais empresários puderam, por meio da nova entidade, interferir mais diretamente no processo de definição da política nacional para a área. O reconhecimento da CNSa pelo Supremo Tribunal Federal como sindicato independente concluiu em 2001.

Este item tem por base os dados levantados sobre a organização da CNSa, com vistas a mapear: seu processo de criação e obtenção de legitimidade perante as demais entidades empresariais de saúde no âmbito de sua representação sindical patronal; as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) movidas pela entidade; as disputas envolvendo o projeto de lei de criação do ‘Sistema S da Saúde’ no Legislativo Federal, defendido pela entidade; e a difusão de valores, ideias e práticas entre os empresários da saúde, por meio do congresso anual organizado pela CNSa, denominado Congresso Latino-Americano de Serviços de Saúde (CLASSAÚDE), no interior da Feira Hospitalar.

Buscou-se apreender o movimento de ampliação da consciência e organização política das entidades empresariais de saúde, com ênfase na CNSa, a partir do duplo papel dessa entidade: 1. Econômico-corporativo: como representante sindical máxima dos interesses patronais na saúde – unificando os interesses empresariais para atuar, tanto na tensão com as demandas articuladas pelos trabalhadores na área, por redução da carga de trabalho, por reajuste salarial, entre outras; quanto na tensão com o poder público instituído, por repasses, isenções, regulamentações, entre outras; e 2. Ético-

político: como intelectual orgânico coletivo empresarial - organizando o empresariado, buscando superar divergências internas, entre representantes hospitalares e representantes de planos de saúde, bem como externas, com as instituições públicas, em nome da inscrição de um projeto empresarial coeso para a área.

Os itens seguintes tratarão de explicitar este duplo papel assumido pela CNSa, relacionando-o ao desenvolvimento da política nacional de saúde, no período compreendido entre 1994 e 2010.

Com base na definição de Gramsci, apresentada na Parte I desta tese, os diferentes níveis de consciência e organização política coletivas dos grupos sociais organizados na sociedade civil expressam o amadurecimento de sua ideologia/visão de mundo, e o nível mais elevado seria aquele em que esta visão se torna capaz de exercer a hegemonia, ou a direção do processo histórico numa determinada sociedade e num determinado contexto.

III.2.1. A CNSa como representante sindical máxima dos interesses patronais na saúde

A CNSa corresponde à organização patronal sindical de grau máximo na área da saúde, de acordo com o sistema confederativo brasileiro. De acordo com a Constituição Federal (CF), preservando o sistema de organização sindical criado em 1930 e fixado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT – decreto-lei 5.452/1943), o Sistema Confederativo no país é definido hierarquicamente a partir de três instâncias: *sindicatos* (associações de base ou de primeiro grau, responsáveis pelas negociações coletivas de trabalho); *federações* (formadas por um grupo de sindicatos, consideradas associações de segundo grau, geralmente atuantes em nível estadual) e *confederações* (organizações de cúpula ou de terceiro grau criadas por um grupo de federações, atuando em esfera nacional e tendo como função primordial a coordenação das federações e sindicatos do setor que representa). (Brasil, 1988). As confederações sindicais ou entidades de classe de âmbito nacional podem propor ação de inconstitucionalidade (art. 103), bem como ter assento no Tribunal Superior do Trabalho e nos Tribunais Regionais do Trabalho (art. 111). Ainda, podem administrar os recursos arrecadados de contribuições compulsórias dos empregadores sobre a folha de salários vinculada ao seu sistema sindical mediante criação de serviços sociais e de formação profissional na área em que atua (art.240).

O Ministério do Trabalho reconhece essas entidades por meio da emissão de uma carta sindical, respeitando o princípio da unicidade sindical, que proíbe a criação de mais de um sindicato, federação ou confederação representativa de categoria profissional ou econômica numa mesma base territorial, que não pode ser inferior a um município. Ainda, uma federação, para existir, necessita ter, no mínimo, cinco sindicatos filiados, e uma confederação, três federações filiadas.

A criação da CNSa se deu posteriormente em relação às suas congêneres nas áreas de: Indústria (Confederação Nacional da Indústria - CNI, fundada em 1938); Comércio (Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo - CNC, fundada em 1945); Transporte (Confederação Nacional do Transporte – CNT, fundada em 1954); Agricultura (Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil – CNA, fundada em 1979); e Sistema Financeiro (Confederação Nacional das Instituições Financeiras – CONSIF, fundada em 1985).

Sua fundação precede em uma década a criação de outras entidades patronais similares, nas áreas de: Seguros (Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização - CNSeg, criada em 2008, mas, em 2012, ainda sem registro sindical); Serviços (Confederação Nacional de Serviços – CNServiços, registrada oficialmente em 2008); Turismo (Confederação Nacional do Turismo – CNTur, registrada oficialmente em 2009); e Cooperativas (Confederação Nacional das Cooperativas – CNCOOP, registrada oficialmente em 2010). Verifica-se, nesse sentido, um movimento de ampliação e diversificação do sindicalismo patronal no país na primeira década do século XXI, a partir de desmembramentos em relação à CNC.

Entre 1994 e 2004, a CNSa foi presidida por Francisco Ubiratan Dellape²¹, também presidente da FENAESS, que participou ativamente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao longo desses anos. Desde então, a entidade tem como presidente José Carlos Abrahão²².

²¹ Francisco Ubiratan Dellape foi co-fundador da FBH, presidente do SINDHOSP (1968-1981) e presidente da FENAESS (1983-2000), representando os interesses empresariais de saúde na Assembléia Nacional Constituinte. Mais detalhes sobre a trajetória política de Dellape entre as décadas de 1960 a 1980, ver Parte II desta tese.

²² José Carlos Abrahão, médico pediatra formado em 1977, docente no curso de pós-graduação da Escola Médica Carlos Chagas e coordenador de ensino da Escola de Medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques (FTESM), especializando-se em Administração Hospitalar, com MBA Executivo em Administração pelo Instituto de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (Coppead - UFRJ), em 2000. Tornou-se proprietário do Hospital HEMOCOR - Serviços de Hemodinâmica e Angiocardiografia Jacarepaguá Ltda, bem como do Hospital de Clínicas de Jacarepaguá Ltda, no Rio de Janeiro. Envolvendo-se com as atividades sindicais patronais na área, tornou-se presidente da Federação dos

A criação de mais duas entidades federativas patronais na área da saúde fez parte da estratégia da FENAESS para conformação da CNSa, de acordo com a exigência da CLT²³. Esse processo se consolidou em 1991, quando foram criadas a Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (FEHOSUL) e a Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Paraná (FEHOSPAR). A FEHOSUL tem como presidente o seu principal fundador e co-fundador da CNSa, Cláudio José Allgayer²⁴, enquanto a FEHOSPAR foi presidida até 2006 pelo também co-fundador da CNSa, José Francisco Schiavon²⁵.

Ao longo dos anos 1990 e primeira metade de 2000, após a criação da CNSa, outras federações similares foram criadas e integradas à entidade: Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina (FEHOESC - 1995), Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FEHERJ - 1996), Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Goiás (FEHOESG - 1997), Federação Baiana de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (FEBASE - 2000) e Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e de Análises Clínicas e demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo (FEHOESP - 2003).

Em 2010, a CNSa contabilizava 90 sindicatos patronais de saúde filiados às oito federações que a compunham.

Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FEHERJ), presidente da CNSa e presidente da organização internacional de empresários hospitalares denominada *International Hospital Federation* (IHF) no biênio 2009/2011.

²³ A exigência legal da filiação de, no mínimo, cinco sindicatos a cada federação, implicou, por sua vez, uma rearticulação regional dos empresários da saúde. Não foi possível, nesta pesquisa, realizar o exame do processo de organização, em âmbito regional, dos empresários de saúde em torno de sindicatos e federações patronais. As informações e reflexões que se seguem, a esse respeito, são extraídas do material disponibilizados por essas entidades nos seus respectivos sites. Foram entrevistados dois representantes destas federações: Dante Ancona Montagnana, presidente do SINDHOSP desde 1994 e presidente da FEHOESP desde sua fundação, tendo sido reeleito para o triênio 2011/2013; e José Carlos de Souza Abrahão, além de presidente da CNSa, também presidente da FEHERJ, tendo sido reeleito para o triênio 2011/2013. As entrevistas, contudo, tinham como foco a CNSa, não tendo sido explorados os assuntos mais diretamente relacionados à história e atuação das respectivas federações.

²⁴ Allgayer é também fundador e presidente da Sociedade Médica de Administração em Saúde do Rio Grande do Sul, exercendo, ainda, a função de conselheiro no Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social estadual, por designação do governador do Rio Grande do Sul.

²⁵ Schiavon foi diretor médico do Clube Atlético Paranaense, e como presidente da FEHOSPAR atuou como membro titular do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba e do Conselho Estadual de Saúde, representando a CNSa na Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e no Conselho Nacional de Saúde.

Dante Montagnana, presidente do SINDHOSP e da FEHOESP, assinalou que a diferenciação entre as atividades privadas de saúde e as atividades comerciais foi o fundamento inicial para a constituição da CNSa:

Nós tínhamos a possibilidade de fazer a Confederação Nacional de Saúde. Foi uma luta muito árdua, muito difícil, porque, é lógico, a saúde estava ligada à Confederação Nacional do Comércio e, na realidade, é uma utopia a ação de estar no comércio, porque saúde não é comércio, ela pode ser uma entidade empresarial, mas comércio é um pouco difícil. E houve, por parte da Confederação Nacional do Comércio, uma grande dificuldade para que se conseguisse. Mas, com a tenacidade do Ubiratan Dellape e demais companheiros de Federações, ela foi realmente constituída. E ele foi o primeiro presidente da Confederação Nacional da Saúde por muitos anos, tenho impressão de que por umas três ou quatro gestões. É claro, depois de muitos anos de atividade, teve que passar para o outro companheiro, que é o atual presidente da Confederação Nacional de Saúde [José Carlos Abrahão].

Segundo Olympio Távora, até a criação da CNSa, as grandes entidades empresariais de saúde com atuação mais próxima às instituições definidoras da política nacional para a área foram a FBH e a CMB. Rememorando sua atuação como representante da FBH no âmbito legislativo nacional, ao longo de onze anos, relata:

Eu vim para cá [para Brasília, como representante da FBH] em 1990. A Confederação das Misericórdias veio para cá, botar a sede aqui em 1991, 1992, uns dois anos depois, e a FENAESS veio para cá em 1993, 1994. Vieram todas depois, é por isso que eu estou te falando que naquela época a FBH ainda liderava o processo de negociação de certas entidades mais presentes aqui.

Ainda de acordo com Olympio Távora, esta liderança da FBH sobre as demais entidades patronais se expressou ao longo do processo Constituinte, estendendo-se nos anos 1990, na medida em que a entidade conseguiu articular, em sua sede, outras entidades empresariais da área, em torno de interesses comuns, na discussão de temas ligados à política nacional de saúde:

...na FBH eu acompanhei toda a construção, discussão e votação do projeto dos planos de saúde, inclusive muitas reuniões com as entidades todas, com UNIMED, ABRAMGE, com o pessoal na época do CIEFAS, não era UNIDAS, (...) eram feitas na sede da Federação Brasileira dos Hospitais, que era uma casa que foi comprada na época da Constituinte, porque vinha tanta gente para cá, e ficava tanta gente aqui, que ao invés do pessoal se hospedar em hotel se hospedava na casa. (...) Foi comprada pela FBH, em 1986-1987, e era lá que nós fazíamos as reuniões e discutíamos todas essas... discutimos a lei da psiquiatria, discutimos a lei da criação da ANS, a lei 9656, dos planos de saúde, tínhamos um fórum de discussão das entidades, que na época era na FBH.

A organização da CNSa, e a importância que a entidade passaria a ter, na primeira década de 2000, é percebida por Olympio Távora como relacionada ao próprio avanço científico-tecnológico na área da saúde. Ao recompor a memória da organização desta entidade, o entrevistado relembra sua trajetória pessoal como médico formado há mais de cinquenta anos, relatando que

... a medicina, nestes 50 anos, evoluiu de uma maneira espetacular, ou espetaculosa, tem um desenvolvimento técnico-científico muito grande, então você precisa ter alguma coisa mais organizada. Nós tínhamos a Confederação das Misericórdias, que representava os hospitais filantrópicos, a Federação Brasileira dos Hospitais representava os hospitais privados, a FENAESS estava representando o conjunto dos serviços, mas ficava meio concorrida, porque estava vinculada ao comércio, então a gente precisava... eu entendo que o sentimento era que a saúde precisava de uma determinada independência. Isso determinou a criação da Confederação Nacional da Saúde em [19]94. Teve uma série de dificuldades, não conseguia registro, a Confederação do Comércio atrapalhou a nossa criação, houve uma briga judicial, e só em 2000 nós conseguimos resolver isso. A briga judicial foi parar no Supremo [Tribunal Federal] e nós tivemos uma grande unanimidade no Supremo de constituição e consolidação da Confederação Nacional, o órgão maior sindical da área da saúde. E com isso ela pôde começar a se consolidar, começar a se desenvolver e começar a crescer, a desenvolver melhor os seus trabalhos, fazer equipe, essa coisa toda.

A entrada de Olympio Távora na CNSa se deu, de acordo com seu relato, há onze anos, quando aceitou ser contratado como membro da equipe técnica da entidade, que lhe oferecia condições de trabalho e remuneração favoráveis, num momento em que estava se desligando da FBH, no início da década de 2000. Seu trabalho de articulação política junto a parlamentares e no interior dos fóruns de discussão e deliberação da política nacional de saúde é compreendido por ele, contudo, como uma continuidade do trabalho desenvolvido na FBH, cujo

... objetivo principal é poder defender os interesses de todos os prestadores de serviços de saúde do Brasil do setor privado, seja lucrativo, seja filantrópico, e fazer interlocução com todas as áreas possíveis e imagináveis onde a gente possa ter, de alguma forma, uma influência de caráter positivo, de caráter de negociação. Eu fico feliz com esses 22 anos. Em todas as negociações que nós fizemos, nunca houve qualquer suborno, troca de favores ou apaniguamento, apaniguar quem quer que fosse; são discussões limpas, claras, com todas as posições bem definidas, tanto na área do Ministério da Saúde, da Vigilância Sanitária, da Agência Nacional de Saúde Suplementar. (...) ... a gente fica trabalhando dia e noite neste sentido, de tentar estreitar ao máximo possível as relações para buscar melhor entendimento.

Assim como Olympio Távora vem, nos últimos 22 anos, atuando diuturnamente na defesa dos interesses de todos os prestadores privados de serviços de saúde do Brasil, muitos outros representantes desses interesses assumem papéis semelhantes, como é o caso de José Luiz Spigolon, superintendente da CMB, cuja atuação, nas últimas duas décadas no Congresso Nacional, em defesa dos interesses das Santas Casas, é registrada na entrevista concedida a esta pesquisa pelo deputado federal Antonio Brito (PTB/BA), presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) entre 2005 e 2010.

Na mesma entrevista, Antonio Brito relata que a entrada de José Carlos Abrahão na CNSa marcou uma nova fase de aproximação e articulação das entidades empresariais de saúde, destacadamente entre esta entidade, a CMB e a FBH:

... quando eu assumi a presidência da CMB em 2005, nós tivemos um contato muito grande com o José Carlos Abrahão, que é um grande líder, que eu gosto honestamente, um cara de cabeça, e também no meio de um processo de renovação da própria CNSa (...)... Com o José Carlos, eu e [Carlos] Eduardo [Ferreira], da FBH, nós debatemos espaços, porque havia uma profusão de ideias das confederações, até essa primeira parte de 2000, na qual não se entendia claramente o papel de uma e de outra, umas perpassavam as outras e até competiam entre si. Então a gente falou assim: “a gente tem que estar tratando entre nós dos nossos temas em comum. E dos temas diferentes, especificamente, cada uma. Mas, principalmente, buscar articular com o governo, com as entidades, com as entidades de classe”. (...) José Carlos começou a construir isso, mas a gente sentou na mesa, os três da FBH, CMB e CNSa, tanto que passamos a informar um ao outro, nós íamos a todos os eventos comuns. José Carlos foi a todos da Confederação das Misericórdias, eu fui a todos da CNSa e todos da FBH (...) e os três estavam sempre juntos. Não havia um evento de uma ou de outra, era o evento das três, e a gente tinha as especificidades, nos comunicávamos. Acho que a gente teve um crescimento do movimento da saúde brasileira, principalmente na média e alta complexidade do setor hospitalar, muito grande nesse período, até saúde suplementar, acho que a gente começou até a trabalhar bem nisso.

Ainda que a FBH esteja incluída neste seletivo grupo que, de acordo com o relato apresentado, teria articulado uma rota comum para a atuação das entidades empresariais de saúde em meados de 2000, a perspectiva apresentada por Olympio Távora, é a de que a entidade, que teve papel preponderante na organização dos interesses empresariais de saúde nos anos 1970 e 1980, deixou de exercer a liderança entre as entidades empresariais de saúde. Segundo ele:

... existia uma pressão muito grande do pessoal da reforma sanitária que advinha da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha uma visão totalmente estatizante, que era contra tudo o que o Brasil vivia e que o Brasil tinha construído - quer dizer, nós tínhamos construído toda uma estrutura de saúde constituída pela iniciativa privada. Quando eu falo iniciativa privada, eu falo lucrativo e filantrópico, que é tudo iniciativa privada: ou da comunidade ou de alguém da comunidade que constituiu isso. Eu acho que tinha que preservar de qualquer forma. Então, a Federação Brasileira dos Hospitais foi a entidade, e depois a FENAESS também entrou junto com a FBH - porque a FBH liderou o processo e a FENAESS acompanhou - e conseguimos, nós tivemos um trabalho muito direto e muito efetivo na Constituição [de 1988]. A FBH foi muito importante na defesa dos interesses, na questão da elaboração de contratos, elaboração de tabelas, negociar com o INPS, e - já vinham florescendo os planos de saúde - na negociação com os planos de saúde... foi quando nasceu a ABRAMGE também. A FBH foi muito importante neste contexto nacional como um todo, ela foi a entidade mais forte de representação em todo o Brasil. Depois até acabou perdendo a força, não só porque foi perdendo a força, como também foi aparecendo uma entidade com mais força que ela, que é a Confederação Nacional de Saúde.

A CMB, contudo, manteve seu espaço de atuação, inclusive com representação direta no poder legislativo, por meio da atuação do Padre José Linhares (PP-CE), liderança da entidade, como deputado federal desde 1991, tendo sido reeleito para a legislatura de 2011 a 2015, e da atuação do próprio deputado Antonio Brito (PTB-BA), na legislatura de 2011 a 2015, que vem ampliando seu papel como representante da CMB com a instalação da Frente Parlamentar de Apoio às Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na Área de Saúde em 2011, sob sua coordenação.

O deputado Antonio Brito, afirma que o fortalecimento da CNSa não prejudicou a existência de outras entidades empresariais de saúde; ao contrário, teria se produzido um consenso sobre a importância da pluralidade de entidades associativas na área, com a CNSa como representante sindical de todas elas:

... a CMB, na época que eu estava na presidência, apoiava a transformação da CNSa, inclusive na entidade sindical, que nós entendíamos que era, e cooperávamos para que ela pudesse ter força inclusive para avançar. Então havia um entendimento, desde que respeitadas as outras entidades - CMB e FBH (...) ... a partir do momento que a CNSa, a qual acho que é uma entidade forte e poderosa, porque tem uma posição importante, avançasse nessa composição, nós não iríamos sumir do mapa, porque são tipificações completamente diferentes, elas são de filiações diferentes - como eu lhe disse, como tem a ANAHP, como tem a ABIFCC [Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer], como tem a ABRAHUE [Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino], elas sempre vão existir. Eu acho importante essa entrada da CNSa nesse campo.

A CNSa e a CMB podem ser consideradas, assim, na primeira década de 2000, as principais entidades nacionais representantes dos empresários da saúde. Nesta década, contudo, proliferaram novas entidades empresariais de saúde com atuação política de destaque, como é o caso da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), da UNIDAS e da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE).

A ANAHP foi criada em 2001 por cerca de 40 hospitais, todos filiados à CNSa, com o objetivo de promover a congregação associativa de instituições hospitalares privadas, com ou sem fins lucrativos, consideradas detentoras dos melhores padrões de qualidade e melhores práticas médicas. Segundo seu diretor-executivo, Daniel Coudry:

A ANAHP (...) nasceu em 2001, na esteira de uma mudança radical na área de saúde do Brasil: da nova legislação, a [lei] 9656, da criação da ANS, da ANVISA, todas ali na mesma época, a ANS e a ANVISA de 2000. Naquele momento, alguns dirigentes hospitalares estavam preocupados em entender melhor o que significava todos esses movimentos, quais consequências isso ia ter para o proprietário de um hospital. E em um congresso em Brasília, 23 hospitais, que representavam a elite dos hospitais privados brasileiros, decidiram constituir uma associação, que naquela época foi batizada de ANAHP, Associação Nacional de Hospitais Privados, que naquela época tinha duas vertentes muito claras, que são verdadeiras até hoje, em dimensões diferentes, mas são verdadeiras. A primeira delas é institucional, entender como 23 hospitais juntos poderiam exercer algum tipo de ajuda mútua (...), reuniram-se para dizer “vamos olhar para o mercado de fontes pagadoras, para ver como o mercado está se comportando, para o governo, como é que nós vamos nos relacionar com a ANS, com a ANVISA e com as entidades de classe, com a AMB, CFM etc” (...). A segunda era fazer uma coisa muito bacana, que eu diria para você que ocupa a maior parte do nosso tempo, atualmente, e é uma das razões do sucesso da associação, que é a troca de experiências internas, ou seja, a gente fazer benchmarking²⁶ interno para a área da assistência e gestão hospitalar.

²⁶ No site www.administradores.com.br se encontra a definição de *benchmarking* como a busca das melhores práticas que conduzem ao desempenho superior. Seu propósito seria estimular e facilitar as mudanças organizacionais e a melhoria de desempenho das organizações através de um processo de aprendizado, a partir da identificação de resultados excelentes, geralmente mensurados por indicadores

Os parâmetros para medição da qualidade dos hospitais privados brasileiros já vinham sendo definidos desde meados dos anos 1990, com apoio do Ministério da Saúde, que desenvolveu, em 1998, o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), para melhoria da qualidade dos serviços na área a partir de padrões tecnológicos e de gestão empresariais.

Cabe destacar que o papel de coordenação desse sistema foi atribuído à Organização Nacional de Acreditação (ONA), oficializada em 1999 como entidade de direito privado voltada a implementar as normas técnicas do SBA de avaliação e de certificação da qualidade em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do país. A ONA está composta por representantes de prestadores de serviços de saúde (CNSa, FBH e Sociedade Brasileira de Análises Clínicas), compradores destes serviços [ABRAMGE, Unimed, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) e Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE)] e instituições públicas (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde).

Olympio Távora registra que as origens da ONA remontam à sua própria trajetória como técnico da FBH, ainda em 1992:

... a Organização Nacional de Acreditação (...) nasceu dentro da FBH. O prefácio da primeira edição do manual da acreditação no Brasil foi escrito por mim. Aquilo nasceu de uma proposta da OPAS, foi traduzido para o português, foi adaptado às nossas condições e, depois, com o beneplácito da OPAS, com o patrocínio da OPAS, nós imprimimos naquela época 7 ou 8 mil manuais e distribuimos para o Brasil inteiro, para as pessoas tomarem conhecimento do que era a acreditação, o que era qualidade e tal. Isso foi feito em 1992, nós viemos trabalhando com a ideia de qualidade desde aquela época. A ONA é quase um filho da Federação Brasileira de Hospitais (...).

No item a seguir, o papel da “acreditação” será discutido a partir do fomento do MS, da ANS e do BNDES à qualificação dos hospitais a partir dos seus parâmetros. Por ora, cabe informar que a CNSa reúne em sua sede, em Brasília, desde 2006, a ONA, a FBH, a FENAESS, a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) e a Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante (ABCDDT).

Na primeira década de 2000, também foram organizadas a UNIDAS e a FENASAÚDE. A UNIDAS foi criada, em 2002, a partir da unificação de entidades representativas da chamada autogestão - ou serviços de saúde próprios das empresas: Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas

que devem servir de estímulo para os esforços de melhoria, bem como a partir da identificação das chamadas melhores práticas, que podem servir de referência para uma mudança que leve a melhores resultados. Tal procedimento pode ser utilizado, segundo esta definição, por qualquer organização, pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, de qualquer setor ou porte. (Acesso em 09/04/2012)

(ABRASPE - criada em 1984), e Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS - criado em 1990), para representar empresas estatais e públicas, entidades sindicais, caixas e fundações formadas por funcionários públicos federais. A UNIDAS reúne atualmente cerca de 140 entidades, e representa todas as entidades de planos de autogestão em saúde de empresas públicas e privadas.

A FENASAÚDE, mais recente, é a representante das seguradoras especializadas em saúde, sendo afiliada à Confederação Nacional de Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg) - criada em 2008, a partir da organização de sindicatos estaduais de empresas de previdência complementar. A CNSeg é composta, também, pela Federação Nacional de Previdência Privada e Vida (FENAPREVI), pela Federação Nacional de Capitalização (FENACAP) e pela FENASEG, esta última representante institucional de seguros gerais.

A FENASAÚDE tem como afiliados a Allianz Saúde, Bradesco Saúde, Brasilsaúde, Itaúseg Saúde, Marítma Saúde, Notre Dame, Porto Seguro Saúde, Sulamérica Saúde, Tempo Saúde, Unimed Seguro Saúde; e empresas de outras modalidades, como das medicinas de grupo - Amil, Care Plus, Excelsior, Golden Cross, Intermédica, Mediservice e Omint; e de odontologia de grupo - Interodonto, Medlife e Odontoprev.

As empresas de medicina de grupo que a compõem são chamadas por alguns autores como “de segunda geração” (Czapski & Medici, 2011), em distinção às primeiras empresas desta modalidade, reunidas em torno da ABRAMGE. Caracterizam-se por terem se fundido progressivamente com os modelos de seguro-saúde, cujo crescimento se daria especialmente a partir dos anos 1980. Tais empresas se associam, duplamente, à ABRAMGE e à FENASAÚDE.

Assim, com exceção dos planos vinculados a seguros, a CNSa tem como filiadas todas as entidades prestadoras de serviços privados na área ligadas aos seus sindicatos patronais, à FBH, à CMB, à ANAHP, e as empresas de planos de saúde ligadas à ABRAMGE e ao Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE). Sem impedir a atuação direta dessas entidades no interior do aparato estatal, propõe-se a organizar os interesses do seu conjunto, bem como a atuar na sua representação.

As ações da CNSa no Supremo Tribunal Federal, que ilustram parte dessa atuação nas duas últimas décadas, serão examinadas a seguir.

III.2.2. As Ações movidas pela CNSa no Supremo Tribunal Federal

Considerando-se a defesa dos interesses econômico-corporativos dos empresários da saúde na negociação mais direta com os trabalhadores, bem como dos interesses mais amplos de suas diversas frações no âmbito da definição da política nacional de saúde, a CNSa vem se valendo da prerrogativa constitucional concernente às confederações quanto à proposição de ação direta de inconstitucionalidade (ADI) junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) (art. 103 da CF).

Dentre as ADI impetradas pela CNSa, de 1994 a 2010, encontramos as listadas a seguir:

ADI	DATA AUTUAÇÃO	SÍNTESE DO DISPOSITIVO LEGAL QUESTIONADO, ARGUMENTAÇÃO CENTRAL E RESULTADO FINAL
(1) 1121	26/08/1994	<p>Medida Liminar contrária à Lei nº 9716/1992, do Estado do Rio Grande do Sul, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.</p> <p>A CNSa argumenta que a lei em questão interfere no direito à livre iniciativa das entidades privadas de saúde, contrariando a garantia constitucional dos hospitais gerais escolherem livremente suas especialidades, ao impor a destinação de parte de suas instalações para atendimento psiquiátrico. (Petição inicial, p. 9-10)</p> <p>Resultado da Liminar: prejudicada.</p> <p>Resultado Final: não conhecido, por ilegitimidade ativa da autora (por não ter carta sindical).</p> <p>http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=1597174</p>
(2) 1122	26/08/1994	<p>Medida Liminar contrária ao Artigo 1º do Decreto Federal nº 793/1993, na parte em que altera o Decreto Federal nº 74.170/1977, definindo que todo estabelecimento de dispensação de medicamentos deverá dispor, em local visível e de fácil acesso, a lista de medicamentos correspondentes as denominações genéricas, e os seus correspondentes de nome e/ou marca; e que as farmácias poderão fracionar medicamentos desde que garantida a qualidade e a eficácia terapêutica originais dos produtos, observadas ainda as seguintes condições: que o fracionamento seja efetuado na presença do farmacêutico; que a embalagem mencione os nomes do produto fracionado, dos responsáveis técnicos pela fabricação e pelo fracionamento, o número do lote e o prazo de validade; vedando-se o fracionamento de medicamentos, sob qualquer forma, em drogarias, postos de medicamentos e unidades volantes, bem como aos estabelecimentos de dispensação a comercialização de produtos ou a prestação de serviços não mencionados na Lei nº 5991/1973.</p> <p>A CNSa questiona: “... qual a finalidade do farmacêutico no dispensário hospitalar, onde se pratica, tão somente, a entrega do medicamento ao profissional de enfermagem que irá ministra-lo ao paciente, sob estrita e exclusiva prescrição médica?” (Petição inicial, p. 8)</p> <p>Resultado da Liminar: prejudicada.</p> <p>Resultado Final: decisão monocrática – negado seguimento.</p> <p>http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=185445&tipo=TP&descricao=ADI%2F1122</p>
(3)	19/04/1996	Medida Liminar contrária aos dispositivos da Lei nº 11.189/1995, do Estado do

1437		<p>Paraná, relativos à construção de hospitais psiquiátricos e condições de internação nesses estabelecimentos, definido que o novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares; vedando-se a construção e a ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais; e definindo um prazo de três anos para reavaliação de todos os hospitais psiquiátricos, visando aferir adequação dos mesmos à reforma instituída, como requisito para a renovação da licença de funcionamento. A lei determina, ainda, que quando da construção de hospitais gerais do Estado, será requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes que padeçam de sofrimento psíquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos locais e/ou regionais; sendo competência dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde a fiscalização do processo de substituição dos leitos psiquiátricos e o exame das condições estabelecidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para a superação do modelo hospitalocêntrico. A CNSa alega que as normas da Lei em questão afrontam o princípio constitucional da livre iniciativa, pois, limitando as atividades dos hospitais psiquiátricos e impondo modalidade de serviço, constitui uma interferência estatal em seu funcionamento. (Decisão monocrática final)</p> <p>Resultado da Liminar: prejudicada.</p> <p>Resultado Final: decisão monocrática – negado seguimento, pela falta de legitimidade da CNSa para, naquela circunstância, propor ADI (por não ter carta sindical).</p> <p>http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=185136&tipo=TP&descricao=ADI%2F1437</p>
(4) 1589	18/04/1997	<p>Medida Liminar contrária à Lei nº 9495/1997, do Estado de São Paulo, que disciplina as empresas privadas, que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médico-hospitalares, a garantirem atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde.</p> <p>A CNSa argumenta, com base no artigo constitucional 199, que “quando a iniciativa privada atua de maneira autônoma, ela o faz sob o regime de direito privado, estruturado na Lei Maior por princípios como os da liberdade do exercício de trabalho, ofício ou profissão; liberdade de iniciativa em geral, exercido em regime de livre concorrência; e liberdade de iniciativa especificamente no campo da saúde, em contraste com o dever do Estado em relação a ela. (...) Os serviços dessas entidades, resultantes do esforço de grupos empresariais e profissionais interessados em atender a comunidade nessa necessidade social, estão, portanto, limitados às possibilidades de seus alcances e disponibilidades, as quais são definidas e alicerçadas na garantia do ato jurídico perfeito: o contrato.” (Petição inicial, p. 6-8)</p> <p>Resultado da Liminar: decisão monocrática - prejudicada.</p> <p>Resultado Final: prejudicado, pela falta de legitimidade da CNSa para, naquela circunstância, propor ADI (por não ter carta sindical).</p> <p>http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=337387&tipo=TP&descricao=ADI%2F1589</p>
(5) 1692	14/10/1997	<p>Medida Liminar contrária à Lei Estadual nº 9493/1997, do Estado de São Paulo, que reconhece de utilidade pública, as Santas Casas de Misericórdia e outras entidades filiadas à Federação das Misericórdias do Estado.</p> <p>A CNSa argumenta que a Lei institui obrigatoriedade de filiação à Federação em questão para o reconhecimento de entidades cuja “utilidade pública” já vinha sendo reconhecida pela Lei Estadual nº 2574/1980.</p> <p>Resultado da Liminar: prejudicada.</p>

		<p>Resultado Final: não conhecido.</p> <p>http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=183208&tipo=TP&descricao=ADI%2F1692</p>
(6) 1802	11/03/1998	<p>Medida Liminar contrária aos artigos 12, 13 e 14 da Lei Federal nº 9532/1997, que altera a Legislação Tributária Federal e dispõe sobre entidades sem fins lucrativos, impondo tributação nas aplicações financeiras realizadas pelas instituições que gozam de imunidade de impostos.</p> <p>A CNSa considera a lei “inoportuna porquanto impinge pesado gravame ao Terceiro Setor (...) indo na contramão da história, pois estas atividades hoje são amplamente estimuladas em todo o mundo como eficientes parceiros do setor governamental para enfrentar os tremendos desafios do terceiro milênio, especialmente aqueles intimamente ligados ao homem, sua subsistência, cultura, saúde e lazer.” (Petição inicial, p. 20)</p> <p>Resultado da Liminar: deferida em parte (suspendendo os artigos da lei federal questionados até a decisão final da ação)</p> <p>Resultado Final: aguardando julgamento.</p> <p>http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=401485&tipo=TP&descricao=ADI%2F1802</p>
(7) 1927	07/12/1998	<p>Medida Liminar contrária à Lei nº 9656/1998 e à Medida Provisória nº 1685/1998, que dispõem sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dão outras providências.</p> <p>Em face da revogação da MP 1685, bem como da proposição da ADI 1931 pela CNSa, o STF julgou prejudicado o pedido pela perda do objeto.</p> <p>Resultado da Liminar: prejudicada.</p> <p>Resultado Final: decisão monocrática - prejudicado.</p> <p>http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=186697&tipo=TP&descricao=ADI%2F1927</p>
(8) 1931	10/12/1998	<p>Medida Liminar contrária à Lei 9656/1998 e à Medida Provisória 1730/1998, que dispõem sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dão outras providências.</p> <p>A CNSa ressalta a idêntica natureza jurídica das seguradoras e operadoras de planos de saúde, bem como sua finalidade voltada à cobertura de custos da assistência médico-hospitalar mediante contrato, para apoiar o argumento da ilegalidade de sua regulamentação pelas instituições estatais. Apóia-se no preceito constitucional de que é dever do Estado prover assistência à saúde a toda população brasileira para questionar a obrigação de ressarcimento ao SUS, por parte dos planos e seguros de saúde, pelo uso de infraestrutura pública de saúde pelos seus beneficiários.</p> <p>Resultado da Liminar: deferida em parte (incidência da norma sobre cláusulas contratuais preexistentes, firmadas sob a égide do regime legal anterior; ofensa aos princípios do direito adquirido e do ato jurídico perfeito)</p> <p>Resultado Final: aguardando julgamento.</p> <p>http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=543364&tipo=TP&descricao=ADI%2F1931</p>
(9) 2028	13/07/1999	<p>Medida Liminar contrária ao art. 1º - na parte em que alterou o art. 55, III da Lei 8212/1991 e acrescentou-lhe os parágrafos 3º, 4º e 5º, e art. 4º, 5º e 7º da Lei 9732/1998, instituiu a promoção gratuita e em caráter exclusivo, da assistência social beneficente a pessoas carentes, em especial a crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiência; definindo-se por assistência social beneficente a prestação gratuita de benefícios e serviços a quem dela necessitar; e definindo-se também de assistência social beneficente, a oferta e a efetiva prestação de serviços de pelo menos sessenta por cento ao SUS; inserindo o dispositivo de que o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS cancelará a isenção se verificado o seu descumprimento; definindo, ainda, que as entidades sem fins lucrativos educacionais e as que atendam ao SUS, mas não pratiquem de forma exclusiva e gratuita atendimento a pessoas carentes, gozarão da isenção das contribuições de que tratam os art. 22 e 23 da Lei nº 8212/1991, na proporção do valor das vagas cedidas, integral e gratuitamente, a carentes e do valor do atendimento à saúde de caráter assistencial, desde que satisfaçam os requisitos referidos nos incisos I, II, IV, e V do art. 55 da citada Lei, na forma</p>

		<p>do regulamento. Art. 5º, ficando cancelada, a partir de 1º de abril de 1999, toda e qualquer isenção concedida, em caráter geral ou especial, de contribuição para a Seguridade Social em desconformidade com o art. 55 da Lei nº 8212/1991, na sua nova redação, ou com o art. 4º desta Lei.</p> <p>A CNSa argumenta que a Lei 9732/1998 cria “uma absoluta impossibilidade material de a sociedade colaborar com o Estado no desempenho das atividades de interesse público e de exercer a filantropia” (Petição inicial, p. 10).</p> <p>Resultado da Liminar: deferida.</p> <p>Resultado Final: aguardando julgamento.</p> <p>http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=406619&tipo=TP&descricao=ADI%2F2028</p>
(10) 2228	16/06/2000	<p>Medida Liminar contrária ao art. 55, incisos I e III da Lei 8212 /1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências - na redação que lhe atribuiu o art. 5º da Lei 9429/1996, e, subsidiariamente, na redação original; do art. 18, III e IV da Lei 8742/1993; dos arts. 2º, IV, 3º, VI, §§ 1º e 4º, art. 4º e parágrafo único do Decreto 2536/1998, e, subsidiariamente, dos arts. 1º, IV, 2º, IV, §§ 1º e 3º, art. 7º e § 4º do Decreto 752/1993.</p> <p>A CNSa alega “discrepância com o artigo 195 § 7º da CF, por pretender restringir o alcance da imunidade apenas às entidades filantrópicas, quando, a teor do texto supremo, a desoneração alcança as entidades beneficentes de assistência social – conceito mais amplo que o de filantropia, conforme já definido pelo Supremo Tribunal Federal, à luz dos balizamentos ditados pela Lei Maior.” (Petição inicial da ADI 2621, mencionando a ADI 2228, p. 3)</p> <p>Resultado da Liminar: aguardando julgamento.</p> <p>Resultado Final: aguardando julgamento.</p> <p>http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=410761&tipo=TP&descricao=ADI%2F2228</p>
(11) 2621	05/03/2002	<p>Medida Liminar contrária ao art. 3º, da Medida Provisória nº 2187-13/2001, e seus dispositivos legais voltados a disciplinar a imunidade de contribuições sociais às entidades beneficentes de assistência social, incidindo sobre as atividades desenvolvidas pelas entidades sem fins lucrativos que prestam serviços médicos e hospitalares.</p> <p>A CNSa argumenta que o STF já concedeu liminar à ADI 2028/1999, alegando que “...o conceito mais lato de assistência social - e que é admitido pela Constituição – é o que parece deva ser adotado para a caracterização da assistência prestada por entidades beneficentes, tenho em vista o cunho nitidamente social da Carta Magna.” (Petição inicial, p. 19)</p> <p>Resultado da Liminar: aguardando julgamento.</p> <p>Resultado Final: aguardando julgamento.</p> <p>http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=410792&tipo=TP&descricao=ADI%2F2621</p>
(12) 4350	01/12/2009	<p>Medida Liminar contrária aos art. 20, da Medida Provisória nº 451/2008, e art. 31, da Lei nº 11945/2009, que alteram a legislação tributária federal e dão outras providências, inserindo dispositivos legais relacionados aos danos pessoais cobertos pelo seguro Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT): indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada (...), não contemplando as despesas decorrentes do atendimento médico ou hospitalar efetuado em estabelecimento ou em hospital credenciado ao Sistema Único de Saúde - SUS, mesmo que em caráter privado, sendo vedado o pagamento de qualquer indenização nesses casos.</p> <p>A CNSa argumenta que o SUS não deve ser “onerado com um benefício dirigido a fortes grupos econômicos, sem considerar os prejuízos inaceitáveis que a imposição da norma (...) traria aos beneficiários do seguro DPVAT, ao erário e aos hospitais conveniados” (Petição inicial, p. 7-8).</p> <p>Resultado da Liminar: aguardando julgamento.</p> <p>Resultado Final: aguardando julgamento.</p> <p>http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=451890&tipo=TP&descricao=ADI%2F4350</p>

		icao=ADI%2F4350
(13) 4399	23/03/2010	<p>Medida Liminar contrária aos arts. 2º e 3º da Lei nº 11.721/2002, do Estado do Rio Grande do Sul, relativos à manutenção, em tempo integral, nos clubes, academias e outros estabelecimentos que ministrem atividades de ginástica, lutas, musculação, artes marciais, esportes e demais atividades físico-desportivo-recreativas, de profissionais de Educação Física, devidamente registrados no Conselho Regional de Educação Física do Estado do Rio Grande do Sul, sendo um deles o responsável técnico, em seus quadros; emissão de certificado de registro no Conselho Regional de Educação Física do Estado do Rio Grande do Sul; considerando o Profissional de Educação Física como profissional da saúde (e demais providências).</p> <p>A CNSa argumenta que “a imposição é ilegal e absurda, considerando que no Brasil há inúmeros profissionais de educação física com certificados de outros estados, bem como há profissionais devidamente formados em educação física que não se interessam pelo registro na referida entidade de classe” (Petição inicial, p. 5).</p> <p>Resultado da Liminar: aguardando julgamento. Resultado Final: aguardando julgamento. http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=503308&tipo=TP&descricao=ADI%2F4399</p>
(14) 4468	05/10/2010	<p>Medida Liminar contrária aos arts. 1º e 2º da Lei nº 12.317/2010, que acrescenta dispositivo à Lei no 8.662/1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social, de 30 (trinta) horas semanais, bem como a garantia de adequação da jornada de trabalho aos profissionais com contrato de trabalho em vigor na data de publicação da Lei, sendo vedada a redução do salário.</p> <p>A CNSa argumenta que a fixação da duração de trabalho “instituiu verdadeira eliminação da autonomia sindical para deliberação de direitos sociais dos trabalhadores em negociações coletivas, de forma totalmente incompatível com a Constituição da República”, comprometendo o equilíbrio econômico do setor de saúde brasileiro (Petição inicial, p. 4-5)</p> <p>Resultado da Liminar: aguardando julgamento. Resultado Final: aguardando julgamento. http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=736440&tipo=TP&descricao=ADI%2F4468</p>

Fonte: Supremo Tribunal Federal

Verifica-se, de início, que as primeiras cinco ADI movidas pela CNSa tiveram resultado final prejudicado devido ao não reconhecimento de sua legitimidade pelo STF. Ainda que o reconhecimento legal da entidade, por parte desse Tribunal, só viesse a ser conferido em 2001, verifica-se que as ADI impetradas em 1998 tiveram resultado da liminar deferido (parcial ou totalmente). Para efeito de análise, contudo, consideraremos todas as ADI encontradas. Destaca-se, ainda, que das quatorze ADI movidas pela entidade, onze o foram entre 1994 e 2002, período em que Francisco Ubiratan Dellape esteve na sua presidência, enquanto as três outras o foram somente a partir de 2009, durante a gestão de José Carlos Abrahão, num hiato de tempo de seis anos.

As primeiras três ADI impetradas pela CNSa, entre 1994 e 1996, incidem sobre leis estaduais (Rio Grande do Sul e Paraná) relativas à reforma psiquiátrica e sobre a medida provisória relativa às normas para dispensação de medicamentos nos

estabelecimentos de saúde. Questionam a destinação de leitos psiquiátricos e a exigência de profissional farmacêutico no dispensário de medicamentos dos hospitais, com base no princípio da livre iniciativa. O mesmo princípio é chamado a justificar a quarta ADI, que questiona a lei estadual paulista que disciplina as empresas privadas prestadoras de serviços médico-hospitalares (por meio de planos de saúde ou não) a garantirem atendimento a todas as enfermidades do código internacional de doenças da OMS. A interferência estatal é contrastada com a autonomia dos serviços organizados sob regime de direito privado, cujo “ato jurídico perfeito” seria o contrato.

Pode-se afirmar que, se a CNSa não conseguiu impedir o avanço da reforma psiquiátrica, como pretendia com as ADI apresentadas entre 1994 e 1996 contra leis estaduais, entre 1997 e 2002, consolida seu papel sindical patronal de âmbito nacional, com a apresentação das ADI relacionadas aos interesses empresariais dos planos e seguros de saúde e das entidades assistenciais privadas não lucrativas.

Duas ADI de 1998 incidem sobre a regulamentação pública, em âmbito federal, das atividades desenvolvidas pelos planos e seguros de saúde, questionando o atributo estatal de regulamentá-lo e de exigir ressarcimento ao SUS por essas empresas pelo uso de infra-estrutura pública de saúde pelos seus beneficiários. A primeira foi prejudicada em função da proposição da segunda (ADI 1931). O questionamento da lei que regulamenta as atividades das empresas de planos e seguros de saúde se inscreve no contexto imediatamente anterior à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no qual o MS assumiu a tarefa constitucional de regular essas atividades, que vinham se ampliando sem nenhum controle estatal. O questionamento geral incide na exigência do ressarcimento ao SUS por esses planos e seguros, pela assistência aos seus beneficiários, com base no preceito de que é dever do Estado prover assistência universal à saúde.

Cumprе ressaltar que o ressarcimento proposto na lei em questão, contudo, não incide sobre os cidadãos compradores dos planos, mas sobre as empresas que exploram esses serviços, obtendo lucro com sua comercialização, realizada por pré-pagamento, e que são favorecidas por sua subutilização. Nos apontamentos sobre a peça inicial da ADI 1931 realizado por João Luiz Barroca de Andréa, diretor do Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) (apresentado em 18/05/1999 - anexado ao processo no STF), destaca-se que os planos e seguros de saúde eram os alvos principais das reclamações nos órgãos de defesa do consumidor até o advento da lei 9656/1998, que, de acordo com o diretor, foi elaborada com base nas

discussões realizadas pela Câmara de Saúde Suplementar instituída por esse Departamento, composta por representantes de diversos segmentos ligados à área, inclusive os planos e seguros e a própria CNSa. O diretor conclui que o confronto com os argumentos apresentados na ADI produz a sensação de “total pasmo”, questionando:

A Confederação Nacional de Saúde representa hospitais, estabelecimentos de saúde? (...) A vista deste mesquinho descaso com o doente e desta avidez irracional pelo lucro com a doença, nunca foi tão urgente uma lei reguladora. Há quantos anos estávamos nos devendo a moralização do setor!

No item a seguir serão observadas, mais diretamente, as interfaces entre as entidades empresariais de saúde e a Câmara de Saúde Suplementar instituída, inicialmente, no âmbito do Departamento de Saúde Suplementar da SAS/MS, passando a compor a ANS, quando de sua criação, em 2000. É importante observar, no momento, o papel assumido pela CNSa na representação dos interesses econômico-corporativos da fração empresarial ligada aos planos e seguros de saúde. Depreende-se o tom de **confronto**, presente nessas ADI apresentadas pela CNSa, ante à perspectiva do exercício constitucional dos entes estatais de regular, controlar e fiscalizar as atividades privadas de saúde.

As ADI de 1997 a 2002 incidem, majoritariamente, sobre as sucessivas leis criadas para disciplinar a imunidade de contribuições sociais às entidades filantrópicas ou beneficentes de assistência social e de saúde, bem como a gratuidade dos serviços ofertados para concessão do título de filantropia. Os argumentos da CNSa se assentam na defesa de que tais entidades são “eficientes parceiros do setor governamental para enfrentar os tremendos desafios do terceiro milênio”, e expressam iniciativas da “sociedade colaborar com o Estado no desempenho das atividades de interesse público”, devendo, nessa perspectiva, ser isentadas da cobrança de impostos, ainda que comercializem parte de seus serviços. Representam, neste caso, os interesses econômico-corporativos da fração empresarial vinculada mais diretamente ao SUS, tendo em vista a garantia e manutenção dos incentivos financeiros governamentais para o desempenho de suas atividades. Nota-se, nessas ADI, o apelo à noção de parceria e a ideia de **colaboração** com o aparato estatal, no provimento público assistencial à saúde.

As ADI mais recentes, emitidas entre 2009 e 2010, referem-se: aos custos que o seguro Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) geram para os hospitais públicos e privados conveniados ao SUS; à lei estadual do Rio Grande do Sul de 2002 que exige contratação, em tempo integral, de profissionais registrados no Conselho Regional de Educação Física do estado por academias, clubes e

afins; e à lei federal que reduz a jornada de trabalho dos assistentes sociais para 30 horas semanais.

Destas, as duas últimas incidem sobre formas de organização dos trabalhadores, questionando a legitimidade tanto da obrigatoriedade de vinculação de profissionais a conselhos regionais, quanto da eliminação da negociação coletiva na definição de carga de trabalho pela fixação da sua duração, “comprometendo o equilíbrio econômico do setor de saúde brasileiro”²⁷.

Sobre essa temática, embora não se tenha realizado um mapeamento geral das Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) encaminhadas pela CNSa, registra-se duas destas Arguições contra o Tribunal Superior do Trabalho (TST), alegando inconstitucionalidade das decisões judiciais em favor do pagamento de adicional noturno (20% a mais) em prorrogação de jornada noturna cumprida após as 05:00h da manhã (ADPF 227, de 29 de março de 2011, aguardando julgamento); e em favor do pagamento de adicional de periculosidade para exposição à radiação ionizante (ADPF 229, de 05 de abril de 2011, segmento negado).

O que se considera, em ambas arguições, como “bem maior a ser tutelado e a necessidade de decisão liminar” são: os graves prejuízos financeiros que as medidas causarão aos estabelecimentos de saúde do país, principalmente os hospitais beneficentes e/ou que prestam serviços ao SUS, em face da

...caótica situação financeira do setor saúde neste País, já que atravessa uma das mais graves crises impostas pelos gestores do Sistema Único de Saúde, especialmente, quanto ao atraso de repasse do pagamento dos serviços prestados bem como o desacato ao princípio do equilíbrio financeiro dos contratos, em razão do baixo valor remuneratório dos serviços, fixados de forma unilateral e totalmente descompromissada com a realidade das instituições. (Petição inicial, ADPF 227, p. 16; Petição inicial, ADPF 229, p. 14)

Os insuficientes recursos provenientes do SUS e a própria regulamentação pública dos valores de remuneração dos serviços são considerados os fatores responsáveis pela “caótica situação financeira do setor”. Ainda, afirma-se que os pisos salariais dos profissionais de saúde são “consideravelmente elevados”, em função da qualificação exigida, e que a categoria patronal “não dispõe de condições financeiras sequer para conceder reajustes salariais anuais”, o que torna a prestação de serviços de saúde, em todo o país, “financeira e operacionalmente inviável” (Petição inicial, ADPF 227, p. 17; Petição inicial, ADPF 229, p. 14-15).

²⁷ No que se refere a ADI contra a redução da carga horária dos assistentes sociais, o Conselho Federal de Serviço Social conseguiu, junto ao STF, o direito de participar do processo de julgamento, na condição de “*amicus curiae*”, ou terceiro interessado na decisão final, que ainda aguarda julgamento.

Todas essas ações judiciais movidas pela CNSa frente às reivindicações trabalhistas por redução de jornada de trabalho, adicional de insalubridade, adicional noturno, adicional de periculosidade, entre outras, evidenciam seu papel econômico-corporativo de defesa dos interesses patronais na área da saúde. Os impactos operacionais e financeiros que a redução da jornada de trabalho trará para os empresários da área são o argumento central dessa defesa.

Sob a mesma ótica empresarial, Olympio Távora, representante da CNSa na Mesa Nacional de Negociação do SUS e em outros fóruns deliberativos da política nacional de saúde, aprofunda esse argumento, explicitando sua visão sobre os interesses dos trabalhadores implicados nesta redução:

Não é contra as 30 horas, mas da maneira que está sendo colocada, é um projeto que ninguém admite negociação (...). Este projeto [que institui 30 horas semanais para os profissionais de enfermagem], em números de hoje, vai ficar no mínimo R\$ 5 bilhões e meio por ano a mais, só com o gasto com a enfermagem, na área da saúde. (...) Calcula um hospital lá em São Paulo, ou no Rio de Janeiro, você tem que fazer quatro trocas de plantão por dia, entra as 7:00 h sai a 13:00 h, das 13:00 h às 19:00 h, depois das 19:00 h à 1:00 h e depois da 1:00 h às 7:00 h. [Seriam] 12 equipes, uma transitando 1:00 h da manhã para ir para casa e uma 1:00 h da manhã para sair de casa, em uma cidade grande, com transporte que sai de meia em meia hora de madrugada, como é que você faz isso? Como eu vou fazer com uma estrutura de vestiário do meu pessoal, vou ter que aumentar o meu vestiário, vou ter que aumentar tudo. São uma série de implicações que tem nisso, que ninguém leva em consideração, só quer trabalhar menos... Eu sei, não é trabalhar menos, quer ter três empregos, porque hoje já tem dois, porque aí ele pode fazer um plantão de 12 horas, ele vai trabalhar um dia sim e dois não, ele trabalha um dia aqui, outro aqui e outro aqui, ele vai trabalhar em dois empregos e no outro vai descansar, o outro ele vai enganar, porque ele não vai aguentar trabalhar todo santo dia. Então eu acho que a coisa está muito mal posta.

A redução da jornada de trabalho é analisada a partir das dificuldades de toda ordem que causará aos empresários e gestores da saúde, enquanto os trabalhadores são apresentados como “oportunistas”, além de irresponsáveis com relação ao seu próprio trabalho.

Dante Montagnana, presidente do SINDHOSP, apresenta uma outra dimensão da argumentação empresarial contrária à redução da carga de trabalho. Sua preocupação incide sobre os prejuízos que a redução da jornada pode trazer para a folha de pagamentos dos estabelecimentos privados conveniados ao SUS. A seu ver, apenas os estabelecimentos mais valorizados pelos planos de saúde poderão ter suas contas reajustadas com essa redução:

Nós, inclusive, pedimos um trabalho, que foi feito pela Doutora Cristina Amorim e pelo Doutor [Eduardo] Perillo, que são da PUC, sobre o reflexo dessas 30 horas - se nós tivermos um aí eu vou dar para você -, que é muito interessante, porque demonstra que o impacto é em torno de 26% sobre a folha [salarial]. Então, você imagina o impacto - a Santa Casa de São Paulo, que tem 3.000 funcionários da área da saúde, que deve ter uma folha enorme. Isso sem considerar que a área da saúde privada, quer seja a

chamada lucrativa - que hoje eu chamo entidade não filantrópica, porque de lucro nós não temos nada. A não ser os hospitais de São Paulo, alguns hospitais de Pernambuco, que tem condições grandes, por exemplo, são os hospitais da ANAHP, mas mesmo assim eu fico pensando se elas teriam condições... É claro que talvez elas tenham uma diferença do restante da saúde, [já] que elas são importantes para que as operadoras vendam o plano, porque são hospitais tipo Nove de Julho, São Luiz, Santa Joana, Einstein, Sírio-Libanês, que quando a operadora vai tentar negociar, oferece para toda a diretoria da empresa esses hospitais da nata, e, para o restante, um plano diferente, diferenciado. É claro que se uma operadora perder o hospital tipo o Sírio Libanês, vai mexer... então consegue até algum pequeno reajuste, mas os outros não conseguem esse pequeno reajuste.

A despeito da concorrência entre estabelecimentos privados de saúde, a CNSa vem buscando organizar os interesses das várias frações empresariais na área, sejam elas prestadoras de serviços lucrativas ou beneficentes, conveniadas ou não ao SUS, bem como vendedoras de planos de saúde. Autorizada a se manifestar em nome de todos esses interesses, a entidade detém um conjunto de argumentos que envolvem a problemática dos repasses financeiros públicos, diretos ou indiretos, acionando um ou mais argumentos sem a necessidade de explicitar os grupos que, mais diretamente, delas se beneficiariam em cada circunstância.

Neste sentido, Daniel Coudry, diretor-executivo da ANAHP, questionado sobre as dificuldades conjuntas enfrentadas pelos empresários de saúde, sintetiza alguns pontos importantes defendidos em conjunto por sua entidade e pela CNSa, diante da regulamentação estatal das atividades privadas de saúde, incluindo a redução da carga de trabalho na área, a proibição de abertura de capital dos hospitais e até mesmo a obrigatoriedade de contratação de deficientes físicos por estes estabelecimentos, reeditando o viés de **confronto** perante tal regulamentação:

A dificuldade hoje é uma dificuldade brasileira: há um excesso de interferência governamental em qualquer atividade privada. Essa é uma agenda comum que a gente enfrenta, em conjunto, quando dá: carga tributária; legislação trabalhista; a questão da carga horária dos enfermeiros, que é uma questão meio gritante para o governo inclusive, estão tentando reduzir a carga de 40 para 30 horas - isso é um impacto muito maior dentro do SUS -, não é um impacto grande aqui, a gente também está alinhado a estas coisas; a questão dos investimentos estrangeiros na área da saúde, que tem uma proibição constitucional hoje, mas que nós estamos alinhados na defesa dessa abertura. As agendas, na maioria das vezes, são comuns. (...) Um outro assunto que eu acho importante, que a gente tem na agenda em comum, é a questão dos deficientes físicos, da cota, da famosa cota de deficientes físicos, e que a gente entende que não é devida para os hospitais. A gente está defendendo uma posição, timidamente ainda, eu acho, de que em profissões muito técnicas, essa cota não... você concebe um deficiente físico na beira do seu leito? É difícil né, por mais... não é preconceituoso, mas é uma questão de habilidade mesmo. A gente defende a aplicação disso na área administrativa dos hospitais e não a cota como um todo. É muito difícil para os hospitais cumprirem essa cota. Então essa é uma outra discussão que a gente está alinhado com a Confederação [Nacional de Saúde]. É um outro exemplo que me veio a mente, assim rapidamente.

Em síntese, as ADI impetradas pela CNSa indicam movimentações importantes desta entidade, ao longo dos anos 1990 e primeira década de 2000, na defesa dos interesses econômico-corporativos de seus representados, quer seja em confronto direto com o exercício da normatização estatal das atividades privadas de saúde e das relações de trabalho que as envolvem, quer seja apelando para a ideia de colaboração para obtenção de isenções e benefícios por parte do Estado.

Fortalecendo a cultura da colaboração, mais recentemente, a partir de 2009, a CNSa vem elaborando uma agenda comum com a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS). Segundo o presidente da CNSa, em declaração à revista comemorativa dos 20 anos da CNTS (CNTS, 2011, p. 11): “Esta é uma relação nova, que envolve trabalhadores e empregadores. Tenho certeza de que vamos trabalhar juntos para construir uma saúde melhor”. As discussões iniciais do grupo de trabalho, formado por três representantes de cada uma das entidades, vem discutindo questões relativas à jornada de trabalho, regulamentação da base de cálculo do adicional de insalubridade, política salarial e garantias sindicais, além da Norma Regulamentadora 32, referente à segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde²⁸.

Os recursos de que dispõe a CNSa para defender os interesses empresariais de saúde são provenientes do imposto sindical cobrado de suas filiadas, além de outras contribuições, descritas por José Carlos Abrahão:

... como essas entidades [confederações sindicais] se financiam? (...) Muitas pessoas dizem assim: Ah, é o imposto sindical. O imposto sindical, para as nossas entidades, é muito pouco, ele é muito pouco. Existe uma outra contribuição que se chama contribuição confederativa, que é estabelecida pelas assembleias; a contribuição assistencial, que é fruto das negociações de dissídio; e tem, como qualquer entidade, aí como se fosse uma associação, uma contribuição associativa que é menor ainda. A única compulsória é isso aqui [o imposto sindical], mas o sistema sindical brasileiro tem uma coisa que financia as confederações: se chama sistema S, já ouviu falar?

O subitem a seguir propõe apresentar e discutir o conjunto de interesses envolvidos na disputa, iniciada pela CNSa desde sua fundação, pela gestão dos recursos arrecadados para o sistema S, advindos da folha salarial na área da saúde e administrados pela CNC.

III.2.3. A CNSa na disputa por valores: “saúde não é comércio” - ainda que seja um *business*

²⁸ Instituída pelas seguintes portarias: Portaria GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005 16/11/05; Portaria GM n.º 939, de 18 de novembro de 2008 19/11/08; e Portaria GM n.º 1.748, de 30 de setembro de 2011 31/09/11.

A criação da CNSa inaugurou um movimento de desmembramento da representatividade sindical empresarial até então vinculada à CNC - posteriormente reivindicado por empresários das áreas de serviços e turismo, originando a CNServiços e a CNTur. O argumento central utilizado pelos sindicalistas patronais da saúde para esta desfiliação à CNC, e criação de uma nova entidade com o mesmo estatuto sindical, diz respeito à diferenciação da prestação privada de serviços de saúde em relação à atividade comercial.

Nesse processo de desmembramento, um dos temas centrais da agenda de constituição da CNSa, ainda inconcluso, diz respeito à contribuição compulsória retida da folha salarial “destinada às entidades privadas de serviço social e de formação profissional vinculadas ao sistema sindical” - conforme o artigo 240 da CF (Brasil, 1988), repassada ao Serviço Social do Comércio (SESC) e ao Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (SENAC). Desde 2001, com o reconhecimento do Supremo Tribunal Federal, a CNSa iniciou uma disputa legislativa com a CNC, com vistas à administração dos recursos oriundos da contribuição destinados ao SESC e ao SENAC.

As origens do Sistema S no Brasil remontam aos anos de 1940. Desde 1946, foi atribuído à CNC o encargo de criar, organizar e dirigir o SESC e o SENAC, seguindo o modelo da Confederação Nacional da Indústria (CNI) em relação ao Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e o Serviço Social da Indústria (SESI), criados, respectivamente, em 1942 e 1946.

Ao SESC, de acordo com o decreto-lei que o instituiu (8621/1946), foi atribuído o papel de “contribuir para o fortalecimento da solidariedade entre as classes, o bem estar da coletividade comerciária e, bem assim, para a defesa dos valores espirituais que se fundam as tradições da nossa civilização” (*caput*). O “aperfeiçoamento moral e cívico da coletividade” (Art.1) é sua atribuição central, e se prevê que será desempenhada “em cooperação com os órgãos afins existentes no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e quaisquer outras entidades públicas ou privadas de serviço social” (Art. 1, § 2). O custeio dos encargos do SESC, segundo o decreto, dar-se-á a partir das contribuições sobre a remuneração paga aos funcionários (2%, de acordo com o Art. 3, § 1º).

Ao SENAC, segundo o decreto-lei que o instituiu (9853/1946), atribui-se a tarefa de ofertar cursos de aprendizagem na área de comércio e serviços, e também

cursois práticos e de especialização para os empregados da área, custeados a partir do “pagamento mensal de uma contribuição equivalente a um por cento sobre o montante da remuneração paga à totalidade dos seus empregados” (Art. 4). Na atualidade, a despeito de algumas alterações na regulamentação do SESC e do SENAC, preservam-se os princípios básicos de sua criação.

Analisando esses objetivos, Rodrigues (1998) observa que as articulações entre SESI/SESC e SENAI/SENAC correspondem a um esforço de racionalização do ambiente industrial e comercial, dentro e fora do espaço de trabalho, estimulando a produtividade e o consumo, com vistas à garantia, também, da “paz social”. Delgado (2007) remonta à *Carta da Paz Social*, divulgada pela CNI e pela CNC em fins de 1945, para aprofundar a discussão sobre o projeto empresarial de política social materializado no sistema S e nos posicionamentos patronais nos âmbitos legislativo e da justiça do trabalho. Ainda, segundo Delgado, a política social empresarial logrou tanto dificultar que os institutos de previdência e a política social governamental se transformassem em veículos de mobilização trabalhista, como interferir na formação da identidade política dos trabalhadores.

Assim, por meio do sistema S, as confederações patronais passam a conformar diretamente a mão-de-obra, por meio de uma formação técnico-profissional adequada para atender as necessidades de seus negócios. Ao mesmo tempo, o sistema S vem atender aos propósitos hegemônicos/pedagógicos, embasando o projeto de (con)formação da classe trabalhadora sob direção do projeto político capitalista em curso.

Em 2010, foram recolhidos da folha salarial e destinados aos cofres do Sistema S²⁹ cerca de R\$ 11 bilhões (Sofia, 2010). Neste trabalho, não será possível entrar no mérito de como esses recursos parafiscais vêm sendo, em parte, utilizados para prestação de serviços pagos³⁰ (Xavier & Carneiro, 2006), e mesmo suas aplicações no mercado financeiro (Sofia, 2010). Os argumentos envolvidos na criação de um sistema S da Saúde pela CNSa serão aqui priorizados, tendo em vista a perspectiva de

²⁹ Incluindo SESC, SENAC, SESI, SENAI, Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR), Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (SESCOOP), Serviço Social do Transporte (SEST), Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (SENAST), Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), entre outros.

³⁰ No tocante ao percentual de oferta de vagas gratuitas em aprendizagem, formação inicial e continuada e em educação profissional técnica de nível médio, ver decreto presidencial n. 6633/2008, que altera o regulamento do SENAC.

influenciar mais diretamente a formação técnica e ético-política dos trabalhadores da área da saúde.

Em 2010, o deputado Carlos Neder (PT-SP) ressaltou os interesses econômicos envolvidos na criação do Sistema S da Saúde durante a audiência ocorrida na Assembléia Legislativa de São Paulo, questionando se “seria um sistema S da Saúde ou um sistema cifrão (\$) da saúde?”³¹. Como destaca José Carlos Abrahão, atual presidente da CNSa, a questão orçamentária é uma dimensão importante da disputa, dado que

O sistema S é a quinta arrecadação do Brasil. (...) Isso é uma briga que a gente tem, porque hoje a gente está falando em alguma coisa de R\$ 300 milhões por ano, que são valores arrecadados nas empresas de saúde, isso não é nenhum imposto, e que vai desde 1947 para a Confederação do Comércio.

Olympio Távora também ressalta que os recursos do sistema S, caso passem às mãos da CNSa, contribuirão para solucionar as dificuldades enfrentadas pela entidade, desde sua criação, decorrentes da restrição orçamentária, bem como para ampliar sua atuação na formação técnico-profissional e na assistência social aos trabalhadores da área:

... nós temos uma limitação financeira, por duas coisas: primeiro, porque uma boa parte dos nossos afiliados trabalham para o SUS e recebem muito pouco, e não tem jeito de você cobrar uma mensalidade associativa, uma contribuição confederativa...; [segundo,] o grande recurso viria através do sistema S, que a Confederação teria como poder gerir o sistema S, teria uma participação de 5%-6% da arrecadação, para poder tocar esse serviço, como a Confederação do Comércio e da Indústria já vêm hoje [realizando]. A Confederação tem uma participação neste valor, e poderia ter uma equipe muito maior para gerir este sistema S, que seria obrigação dela.

Nesta tese, considera-se fundamental observar os interesses econômico-corporativos em disputa, mas, também, como propõe Lima (2010), o conjunto de ideias, valores e práticas envolvidos no Projeto de Lei do Senado que cria o Sistema S da Saúde (PLS n. 131/2001). Essa abordagem possibilita verificar em que medida a disputa pelos recursos para criação de um Sistema S próprio se restringe ao âmbito econômico-corporativo, e o quanto pode ser considerada expressão da escalada das entidades empresariais de saúde ao nível ético-político.

Tal projeto consiste em criar e gerenciar um novo Sistema S, que se comporia pelo Serviço Social da Saúde (SESS) e pelo Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS). A apresentação do projeto pelo ex-senador Geraldo Althoff (PFL/SC) contou com o apoio da Frente Parlamentar da Saúde (FPS), da FBH, da CMB,

³¹ Em discurso proferido na 159ª Sessão Ordinária da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, em 16/12/2010, que discutiu o PLC 45/2010, que autoriza destinação de 25% de leitos e outros serviços hospitalares das OSS paulistas para os planos privados de saúde. Diário Oficial do Estado de São Paulo, sessão legislativa, 22/12/2010, p. 21.

da Abramge, do Sinamge e do Conselho Nacional de Auto-Regulamentação de Medicina de Grupo (Conange), bem como do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog), da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), da Pastoral da Criança e do Ministério do Trabalho. De acordo com o PLS 131/2001, o SENASS deverá:

...organizar, manter e administrar escolas de aprendizagem e centros de treinamento para os trabalhadores em estabelecimentos de serviços de saúde, além do aperfeiçoamento da mão-de-obra existente.

Ao SESS, caberá “desenvolver, executar e apoiar programas voltados à promoção social e humana dos trabalhadores em estabelecimentos de serviços de saúde”, nas áreas de saúde, alimentação, segurança no trabalho, educação, cultura, esporte, lazer e assistência à infância. (Senado Federal, 2008, p.1)

Lima (2010, p. 411) identifica que as principais justificativas para a criação do Sistema S da saúde se assentam em duas bases: a noção de que “saúde não é comércio”; e a “falta de prioridade e investimento do sistema SESC/SENAC em ações mais diretamente voltadas à assistência social e à capacitação profissional na área de saúde”.

De fato, na audiência pública com a finalidade de instruir o PLS 131/2001, realizada na Comissão de Assuntos Sociais do Senado (CAS), em 30/08/2005, estes aspectos foram centrais para a defesa do projeto. Como informa o texto do PLS 131/2001:

Saúde não é comércio, é serviço, inclusive reconhecido há mais de 30 anos pelo Supremo Tribunal Federal, quando isentou a categoria do recolhimento do ICMS [Imposto sobre Circulação de Mercadorias].

Este seria o primeiro fundamento legal de que “saúde não é comércio” para o qual apelam os propositores do PLS 131/2001³². O Código de Ética Médica é outro fundamento utilizado nesta distinção entre a prestação de serviços privados de saúde e as atividades ligadas ao comércio, na medida em que define que a medicina não pode ser exercida como comércio, portanto, não deve ser uma atividade comercial que visa o lucro, mas uma atividade social. A terceira distinção, apontada pelo relator do PLS em questão, é afirmada pelo fato de existir na área de saúde a figura jurídica da filantropia, enquanto no comércio não há estabelecimento filantrópico (Senado Federal, 2005).

³² De acordo com o Decreto-Lei n. 406/1968, alterado pela Lei Complementar n. 116/2003, os estabelecimentos privados de saúde devem recolher o Imposto Sobre Serviços (ISS), estando isentos, de acordo com a Lei complementar n. 87/1996 (também conhecida como Lei Kandir), do recolhimento do ICMS.

Demarcadas essas diferenças – que embasaram a própria reivindicação de separação da FENAESS da CNC e a disputa pela criação da CNSa, concluída em 2001 com o reconhecimento da entidade pelo STF -, os defensores do PLS em questão investem no segundo argumento, de que a CNSa detém os conhecimentos e o saber na área da saúde, por representa-la diretamente. De acordo com a minuta do parecer sobre o PLS elaborada pelo senador Sérgio Guerra para a CAS, em 2008,

Nos anos em que o setor de prestação de serviços aos trabalhadores da área de saúde permaneceu vinculado ao SESC e ao SENAC, para os quais carrou expressivas somas, acumulou problemas graves e crônicos, quer na atividade de assistência social, quer na capacitação profissional de seus trabalhadores. Isso porque nem sempre fizeram parte do elenco de prioridades daquelas instituições e, quando se lhes dispensou alguma atenção, faltou àqueles serviços a experiência, a habitualidade e o conhecimento do trato com a saúde, pré-requisitos que julgamos indispensáveis para a execução das tarefas cometidas. (Senado Federal, 2008, p. 2)

Acompanhando o argumento do relator, as novas exigências que se impõem para a qualificação e capacitação dos trabalhadores para a área demandariam uma política diferenciada em relação à desenvolvida pelo SENAC. Guerra afirma, nesse sentido, que

O setor de saúde, devido sua amplitude e estratégico interesse nacional, deve ter suas necessidades de formação profissional e lazer educativo atendidas por entidades originárias de suas bases patronal e profissional, voltados exclusivamente para este mister. Somente por meio das entidades que realmente detêm os conhecimentos e o saber na área de saúde, poderão ter implantados projetos que respondam aos anseios, necessidades e demandas, presentes e reprimidas, de um setor de importância vital para a sociedade brasileira, tão precariamente assistida. (...) Só teremos uma qualificação adequada, que atenda integralmente as necessidades dos trabalhadores, das instituições e do mercado, se os programas forem elaborados com base nas realidades existentes que, por conterem peculiaridades bem marcantes, exigirão estratégias e conteúdos diferenciados e específicos. Somente quem ostenta conhecimento pela vivência e convivência setoriais, está realmente habilitado a programar e executar qualificada formação profissional. (Senado Federal, 2008, p.2-3).

Para sua viabilização, o PLS prevê que as contribuições atualmente devidas pelos estabelecimentos de saúde ao SENAC e ao SESC, devem passar a ser recolhidas, nas mesmas alíquotas e prazos e pelo mesmo sistema, em favor do SENASS e do SESS, e que os profissionais autônomos (médicos, dentistas, psicólogos e demais profissionais liberais) deverão contribuir anualmente para o Sistema S da Saúde (Senado Federal, 2008).

Uma diferença marcante entre o Sistema S da Saúde e os seus correlatos existentes é que, segundo o PLS 131/2001, este deverá ser dirigido por um Conselho Nacional responsável por definir as políticas e diretrizes de cada serviço e eleger sua Diretoria Executiva, em caráter tripartite e paritário (com representantes dos empresários, trabalhadores e governo), bem como por Conselhos Regionais organizados na mesma lógica. O relator do PLS não concorda, contudo, que a forma como será

distribuída a presidência desses Conselhos deva ser regulamentada. Sobre este ponto, afirma:

Entendemos que esse aspecto seja discutido e decidido pelos próprios interessados, que, tendo em vista sua composição paritária, hão de encontrar a forma que mais favoreça a gestão democrática desses Conselhos. (Senado Federal, 2008, p. 6)

Sem mencionar como se comporia a presidência desses Conselhos, o presidente da CNSa, José Carlos Abrahão, apresenta a proposta de gestão tripartite constante do PLS como um meio para que o Sistema S da Saúde seja visto como conquista do conjunto de integrantes da área da saúde - sejam empresários, trabalhadores, instituições públicas e privadas de ensino na área:

... depois que a gente assumiu [a presidência da CNSa,] a gente começou a mudar, a dar características diferentes, de querer que esse sistema S da saúde seja compartilhado com o trabalhador, que sejam utilizadas as escolas de saúde pública e não fique com essas manias de um montão de construções de prédios de Senac, de Sesc e tal, e você invista o dinheiro em treinar os nossos profissionais, que é uma demanda que a gente tem. (...) Você que está lá na Escola [ENSP/Fiocruz] sabe disso, a gente precisa de recurso. Você imagina se, independentemente de se a Confederação vá participar dessa gestão, tripartite, com governo, com trabalhador e com empregador (...), a gente colocar R\$ 300 milhões para qualificar os nossos trabalhadores, você acha que seria legal?

O SENASS deverá se voltar à qualificação e capacitação de trabalhadores para a saúde, de acordo com os requisitos técnicos e ético-políticos empresariais, tanto por meio do consenso produzido a partir da ideia de administração tripartite, quanto da capacidade pública instalada de ensino e formação profissional na área. A não-regulamentação quanto à alternância do cargo de presidência dos conselhos gestores do sistema S apresentada pelo relator indica que a CNSa e suas federações regionais poderão recorrer à prerrogativa constitucional de que a elas cabe, ao final, a administração dos recursos arrecadados.

O apoio da Frente Parlamentar de Saúde (FPS) pode ser claramente identificado na defesa ao projeto apresentada pelo deputado federal Rafael Guerra (PSDB/MG), então presidente dessa Frente, na Audiência Pública na CAS, em 2005. Seus argumentos, em nome da FPS, que então congregava 25 senadores e 245 deputados, centraram-se na defesa de “união”, “aglutinação”, em torno do que chama de “setor saúde”:

Temos procurado sempre, ao longo desses dois anos e meio na Presidência da Frente [Parlamentar de Saúde], reunir o setor, somar forças, aglutinar o setor, para que ele se fortaleça. Na verdade, o que temos visto ao longo dos anos e dos governos? O setor saúde sempre fica reivindicando, questionando as equipes econômicas e sendo questionado pelas equipes econômicas. O setor saúde é considerado um setor que não tem qualidade de gestão. Toda vez que se fala em financiamento da saúde, vem a questão da gestão, a questão das fraudes. Hoje, muitos daqueles que nos acusavam de má gestão e de fraudes estão na vitrine e sendo acusados também. (...) Por que a saúde

sofre tudo isso? Exatamente pela falta de aglutinação, de união, de uma postura comum de todos os setores. Falo muito, desde que assumi a Frente Parlamentar [de Saúde], que os profissionais da saúde precisam estar *ao lado* das empresas de saúde e *não em confronto* uns com os outros. Os médicos não devem brigar com os hospitais. Precisamos de um aparelho formador de recursos humanos, a universidade junto com os hospitais, junto com os profissionais. (...) Da mesma forma, a indústria que trabalha com o setor saúde. Não temos que ficar confrontando com a indústria de equipamentos, com a indústria farmacêutica. (Senado Federal, 2005, p. 2-3. Grifos nossos)

O PLS 131/2001 é apresentado, assim, como de interesse de todos os grupos envolvidos neste “bloco da saúde” ou “setor saúde”: trabalhadores, empresários prestadores de serviço e industriais, instituições estatais, usuários, indistintamente. O confronto entre esses diversos componentes é tido, nessa perspectiva, como nocivo ao conjunto, enquanto a colaboração é o caminho apontado para o êxito na garantia de prestação de serviços de saúde com qualidade de gestão e, conseqüentemente, com melhor aproveitamento dos recursos financeiros aportados.

Em entrevista para esta pesquisa, José Carlos Abrahão, presidente da CNSa, expressa o alinhamento a esta perspectiva por parte da entidade (grifos nossos):

*Nós vamos ter que trabalhar gestão, nós vamos ter que compartilhar gestão, nós vamos ter que conscientizar a **nossa sociedade** da utilização dos **nossos recursos**, nós vamos ter que quebrar paradigmas. Não [se deve separar, dizendo] *isso aqui é público, isso é privado. A forma que cada um vai gerir é que tem que ser compartilhada e isso vem um pouco da missão que a gente dá para a Confederação, como **órgão maior de representação constitucional de todo o setor, afinal, do Brasil**. Esse tem que ser o olhar, eu não posso só olhar o hospital, eu não posso olhar a clínica, o laboratório, eu não posso olhar a operadora, eu tenho que olhar o sistema como um todo e procurar proporcionar que ele dialogue entre si, que ele possa interagir entre si, com respeito, com ética, com seriedade e mantendo os conceitos do que hoje é um termo de moda, mas que sempre foram os princípios da sustentabilidade. E a sustentabilidade, qual é o tripé? O **social**, o **econômico** e hoje o **ambiental**, porque o homem agride muito, nós da área da saúde consumimos muita energia, nós consumimos muito plástico, derivados do petróleo, nós agredimos o meio ambiente, os hospitais antigos com caldeiras, nós desperdiçamos energia, o nosso setor é um dos que mais gastam energia no mundo inteiro. Qual o hospital ou serviço de saúde que não deixa uma luz acesa, um ar condicionado ligado com uma porta aberta, uma janela aberta? Está indo embora a energia. Então, você vê como este setor tem uma complexidade, que ele mexe... não só com a assistência. Eu não posso ter um doutor que faz a cirurgia, uma neurocirurgia, uma cirurgia cardíaca, atende o doente no CTI, no centro cirúrgico, mas se essa engrenagem a volta toda não funcionar como um verdadeiro time, todo mundo comprometido, todo mundo olhando para o mesmo foco, trabalhando para o mesmo foco. (...) Você veja, na época do [Sergio] Arouca era assim: “o sanitário do Arouca [versus] a iniciativa privada”... Não tem isso [mais], vamos pegar, vamos sentar e vamos conversar todo mundo. Essa é a visão de José Carlos [Abrahão]. Não há espaço no mundo hoje mais, que não se construa através do diálogo, cada um respeitando a importância do outro.**

Ainda que não se possa fazer uma transposição linear entre o pensamento de Giddens (2000) e o depoimento de Abrahão, é possível supor que a ideia de mudança de paradigmas apresentada no trecho destacado remete à perspectiva da “nova ordem pós-tradicional”, delineada criticamente na Parte I desta tese. De acordo com esta nova

ordem, as sociedades não comportam mais antigas polarizações entre capital *versus* trabalho / público *versus* privado. Este é o argumento para a afirmação do entrevistado de que a CNSa representa os interesses de todos os grupos envolvidos no “setor saúde”, apoiado na ideia de sustentabilidade, que deve envolver desde a “sociedade” em sentido amplo até os empresários/gestores e o conjunto de trabalhadores de um estabelecimento. Todos devem estar focados na mesma perspectiva, construída pelo diálogo e não pelo confronto – atribuído a uma postura já superada, construída pelo movimento sanitário.

A temática da gestão dos negócios na área, envolvendo a obtenção de lucro, é afirmada a partir da mesma lógica, em outro trecho da mesma entrevista, pelo presidente da CNSa:

*Isso foi a evolução do próprio processo de profissionalização da saúde. O setor inclusive privado, custou mais a profissionalizar-se, na minha visão. Por quê? Porque a coisa ia andando, não ia como hoje parando, vendo que saúde é um **business** - eu não estou falando que é um negócio de ganhar dinheiro - é um negócio, ele tem que dar resultado. Se ele é público, qual é o resultado? É fundamentalmente o equilíbrio, a sua sustentabilidade na melhor atenção à saúde proporcionada a nossa população, com qualidade e com segurança (...). A entidade privada, ela tem como seu princípio, o resultado do lucro. O que não quer dizer que ter lucro financeiro não tem que dar o resultado técnico, até porque a saúde é um negócio diferente. Quando se fala “é um negócio”, mas é uma coisa diferente, porque não lida com alguma coisa que você mensura; você mensura vida? (...) Então, você lidar com a saúde é diferente, o profissional da saúde é diferente, nós temos uma sensibilidade diferente.*

A assertiva denota a compreensão do entrevistado de que a prestação de serviços de saúde, seja pública ou privada, é um “negócio”, ainda que com uma particularidade muito especial, pois lida com a vida. Por meio da noção de sustentabilidade, o lucro dos negócios na área se dilui na discussão da qualidade técnica.

Essa perspectiva pode ser complementada com a apresentada por Daniel Coudry, diretor-executivo da ANAHP, a partir do questionamento sobre o conceito de “sustentabilidade” (grifos nossos):

*... o conceito geral de sustentabilidade, do tripé, não é só o **meio ambiente**, é a **gestão de pessoas** e o **resultado financeiro**. Se você não consegue um desses três seu negócio não anda. A gente está procurando auxílio da Fundação Dom Cabral, eles acharam maravilhosa a nossa ideia de trabalhar isso juntos, de fazer um curso mesmo para os nossos funcionários e entender como é que a gente pode contribuir nessa área. E não são só ações isoladas, [mas] de tentar estabelecer uma política mesmo, que a gente possa orientar o associado (...). Não é só economizar água, economizar energia, faz parte de uma conscientização geral da instituição. E desdemonizar lucro. Lucro não é pecado! Lucro é necessário para viabilizar o sistema como um todo. Claro que o lucro desmedido, que penaliza os outros, os outros tripés, aí não vai..., mas o equilíbrio dessas três forças é o que a gente está tentando construir, incipientemente, alguma coisa aqui.*

Depreende-se desta afirmação que os empreendimentos exitosos na área são aqueles com melhores resultados assistenciais e financeiros, bem como com

comprometimento sócio-ambiental. A noção de “resultado” se apoia na noção de qualidade técnica, quer envolva ou não o lucro, medida por parâmetros internacionais de certificação (que serão discutidos no item a seguir).

As mudanças mais amplas ocorridas no modo de produção, a partir do avanço científico-tecnológico, bem como nas relações de trabalho, com a flexibilização dos contratos e as diversas formas de precarização do trabalho, vêm moldando tais propostas.

A crescente incorporação de novas tecnologias diagnósticas, terapêuticas e de informação, sobretudo a partir dos anos 1990 (Lima, 2010), abrem novas oportunidades de negócios na área da saúde, ao ponto de, nos anos finais da primeira década do século XXI, esta ser afirmada como um poderoso setor da economia, capaz de gerar empregos diretos e indiretos, seja na área assistencial - na medida em que envolve construção, alimentação, lavanderia, comércio de materiais, segurança, etc -, seja na indústria e nas áreas de produção de medicamentos, equipamentos, tecnologia, inovação e insumos estratégicos. Nesse sentido, seguindo as pistas de Lima (2010, p. 336):

O que parece diferenciar a anterior *burguesia empresarial nacional* da *nova burguesia de serviços de saúde* são os movimentos de reestruturação produtiva, de internacionalização e financeirização dos ramos saúde e previdência.

O autor discute um estudo que afirma que, entre 1989 e 1998, as importações de equipamentos médico-hospitalares pelo setor privado sofreram um aumento de 339%, especialmente no que tange os equipamentos eletrônicos. A incorporação de componentes microeletrônicos em equipamentos largamente utilizados, como termômetros e estetoscópios, marcapassos e aparelhos para surdez, e a incorporação tecnológica de novos materiais e produtos químicos aos materiais de consumo hospitalares, promoveram mudanças profundas na produção dos serviços de saúde. Lima ressalta, nesse sentido, que

... para as empresas de equipamentos médico-hospitalares altamente internacionalizadas como a General Electric (GE) e a Siemens, por exemplo, interessavam o avanço e a ampliação de cobertura da medicina privada, bem como a adesão do sistema de saúde dos países periféricos a parâmetros de funcionamento característicos dos padrões norte-americanos, pois isso facilitaria a penetração dos elementos constitutivos do seu sistema de saúde, incluindo os fornecedores de insumos (produtos farmacêuticos e equipamentos médico-hospitalares). (Lima, 2010, p. 362-363)

As novas tecnologias da informação também vêm também se difundindo na área, através dos prontuários eletrônicos e da padronização de terminologias e tabelas de procedimentos – como formas de facilitar o fluxo de informações sobre os pacientes, a comunicação entre prestadores de serviços, empresas de planos e seguros e órgãos

financiadores e reguladores e instituindo um maior controle sobre os processos de trabalho. Bases informatizadas com informações médicas e de utilização de insumos, bem como registros de toda ordem sobre procedimentos e resultados, incluindo dados sobre “satisfação do cliente” (Furtado et al., 2011), passam a indicar novos ordenamentos para as práticas profissionais.

Destacam-se o aperfeiçoamento e a criação de novas tecnologias aplicadas à área terapêutica, permitindo “a realização de procedimentos menos invasivos, expondo os pacientes a menos riscos, bem como diminuindo a permanência dos pacientes nos hospitais” (Lima, 2010, p. 364). A medicina baseada em evidências e a qualificação dos hospitais segundo padrões internacionais de gestão empresarial, entre outras inovações no modo de produzir assistência à saúde, ganham projeção a partir da incorporação dessas tecnologias pelos hospitais privados.

Na ótica empresarial, o acesso a informações por parte dos usuários dos serviços, facilitado com a difusão da internet, teria trazido à tona a preocupação, tanto das empresas de serviços como também dos planos e seguros de saúde, de orientar o “exercício do processo de escolha” por parte dos “consumidores”.

Tal preocupação se estende aos profissionais de saúde, frente ao crescente volume de inovações diagnósticas e terapêuticas e os custos desses serviços, para que realizem “escolhas” custo-efetivas, como afirma Ferraz (2008, p. 85):

Um investimento absolutamente crítico para a busca da eficiência do sistema de saúde é a educação de todos os seus participantes. O estabelecimento e conhecimento dos direitos e deveres de cada participante do sistema de saúde, dos limites de atuação, bem como do adequado e correto uso do conhecimento disponível, são fundamentais para orientar as mais simples decisões.

As mudanças nas relações de trabalho nestas instituições, a partir dos anos 1990 podem ser observadas a partir, ente outros elementos, da terceirização, da incorporação de incentivos ao salário dos trabalhadores contratados, do aumento da produtividade do trabalho introduzido a partir das novas tecnologias, bem como da conformação dos trabalhadores a partir dos novos parâmetros técnico-científicos e de gestão empresariais (Lima, 2010).

O livro “Responsabilidade social e ética em organizações de saúde” (Furtado et al., 2011), publicação da série FGV Management, ilustra o projeto defendido pela CNSa, bem como pela ANAHP, de construção de novas formas de gestão de negócios e novos padrões profissionais nos estabelecimentos de saúde, extensivo à administração

pública. Tendo por base as noções de sustentabilidade socioeconômica, responsabilidade social corporativa e de um “ativismo ético-social empresarial”, afirma:

As empresas, como atores de primeira grandeza no mercado global, são grandemente responsáveis pela evolução da moral social, uma vez que os agentes sociais respondem aos estímulos e aos condicionamentos do ambiente no qual se movem. As políticas das organizações influenciam a cultura muito mais do que a arte, a ciência ou a religião. Assim, uma empresa bem-sucedida, estável, formada por pessoas satisfeitas, seguras e felizes impactando a sociedade, será capaz de reconstruir, por meio da cooperação e integridade, a desgastada malha social na qual nos encontramos, e o fará com muito mais rapidez do que qualquer outra organização. (Furtado et. al, 2011, p.30)

A “responsabilidade social corporativa” é apresentada, triplamente, como: exercício de cidadania; exigência do consumidor; e estratégia de agregação de valor à empresa. A sustentabilidade de uma organização dependeria, nesse sentido, da adoção da responsabilidade social, como visão estratégica (*Idem, Ibidem*, p.58):

Sublinhamos que as práticas de sustentabilidade têm sido um eixo comum e de destaque, principal objetivo da prática da governança corporativa. Essa governança deve observar e propiciar, ao longo do tempo, o maior nível de desenvolvimento da empresa, objetivando a maximização de seu valor, com sustentabilidade. Assim, a satisfação não é só dos proprietários das empresas, mas também de toda uma comunidade de partes relacionadas – os *stakeholders*: os empregados, as comunidades onde a empresa atua, os governos arrecadadores de impostos, entre outros.

Fortalecendo as noções de “sociedade civil ativa” e de “individualismo como valor moral radical”, como propõe Giddens (2000), o texto afirma que o planejamento sustentável dos negócios deve incorporar a responsabilidade social corporativa, envolvendo e coordenando seus trabalhadores, consumidores e a população do entorno para sua execução. Assim, várias ações propostas se relacionam à prevenção, promoção e estímulo a estilos de vida saudáveis, e respeito ao meio ambiente.

Ao abordar, mais diretamente o que chama de “hospital dos nossos sonhos”, a publicação busca vincular à ideia de responsabilidade social a noção de fidelização do cliente/usuário à marca do serviço prestado.

O clima organizacional que permeia os estabelecimentos de saúde, segundo esses parâmetros, deve orientar o novo comportamento dos trabalhadores para a garantia de boas práticas, qualidade, custo-efetividade, trabalho em equipe, responsabilidade sócio-ambiental e satisfação do cliente/usuário. Nesse sentido, a lealdade do cliente/consumidor deve ser medida a partir de variáveis relacionadas à sua experiência vivida no estabelecimento, apreendidas racionalmente e emocionalmente, desde o agendamento do procedimento até o pagamento (Furtado et. al, 2011). Como se verá no subitem a seguir, essas ideias vem sendo amplamente difundidas entre os empresários da saúde em seus congressos.

As próprias entidades empresariais incorporaram o modelo de “governança corporativa” em suas estruturas internas, como indica José Carlos Abrahão:

A gente hoje assumiu a entidade, começou a procurar dar uma gestão participativa e profissional. A Confederação Nacional de Saúde é a única Confederação dessas que existem que tem certificado de ISO 9001. Então você tem missão, você tem deveres e obrigações, dos diretores e dos colaboradores, quer sejam estes colaboradores celetistas ou até os contratados para fazerem consultorias ou trabalhos que vão executar lá. É um diferencial. E anualmente, você vem uma estrutura independente que faz a reavaliação dessa ISO 9001. Essa Confederação tem os seus números e sua gestão aberta, auditados anualmente. Não existem esquemas, como eu te falei, de jeton, de participação de diretoria, não tem. É uma visão que é diferente de outras confederações, que é diferente de outras instituições.

A criação do Sistema S da Saúde materializa, assim, o propósito empresarial na área de direcionar a qualificação e capacitação dos trabalhadores para atender às novas exigências da saúde como um *business*, em âmbito administrativo e assistencial.

O PLS 131/2001 tramitou na CAS entre 2005 e 2007, e sua votação foi adiada pelos argumentos da CNC quanto aos resultados positivos das atividades desenvolvidas pelo SESC e pelo SENAC na área (Senado Federal, 2005). O PLS foi arquivado por fim de mandato, em janeiro de 2007, e reaberto em fevereiro do mesmo ano, subscrito novamente pelo senador reeleito Sérgio Guerra.

Neste intercurso, em 2008, o Projeto foi encaminhado para análise à Consultoria Jurídica do Ministério do Trabalho e Emprego. O parecer emitido pela Advocacia-Geral da União não constatou óbice jurídico, sugerindo o retorno dos autos ao gabinete do ministro do Trabalho, apresentando posicionamento favorável à aprovação do PLS, “sugerindo que o mesmo fosse vinculado ao Ministério da Saúde” (Parecer/Conjur/MTE nº 508/2008, § 16), bem como que “sejam ouvidos o Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde” (*Idem*, § 19).

No parecer elaborado em 2008 pelo senador Sérgio Guerra, o relator do PLS afirma que o MS emitiu posicionamento favorável à criação do Sistema S da Saúde³³, tendo afirmado que este

...oferece um instrumento importante para o cumprimento da missão constitucional do SUS, no que diz respeito à qualificação e ao bem-estar dos recursos humanos para o setor da saúde (Senado Federal, 2008, p. 5).

Contudo, no parecer apresentado pela consultoria jurídica da Advocacia-Geral da União, em 2008 (Parecer/Conjur/MTE/n. 508/2008), registra-se um posicionamento diferente por parte do MS:

... o MS (...) argumenta a necessidade, seja em um novo serviço, seja no aprimoramento do SENAC, de introduzir uma vinculação ao cumprimento constitucional do Sistema

³³ A minuta elaborada pelo senador Sérgio Guerra não especifica de onde foi extraída a afirmação.

Único de Saúde (SUS) e suas escolas e centros formadores. Nada disso está presente no referido projeto de lei. Pondera que a criação de outras entidades do Sistema S poderia implicar fragmentação de recursos e sobreposição de funções no campo da qualificação profissional, assim como imobilização de recursos orçamentário-financeiros escassos na construção de estruturas físicas e sua aplicação em atividade-meio. (...) Dessa forma, é desfavorável à aprovação imediata do PLS, recomendando que, dada a complexidade, seja o debate aprofundado entre as instituições a ele relacionadas.

Em 2009, o PLS 131/2001 foi encaminhado à Comissão de Assuntos Econômicos do Senado (CAE), a partir do requerimento do senador Aloizio Mercadante, que entendeu que a

criação do Serviço Social da Saúde (SESS) e do Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS) gera impactos econômicos que demandam a análise por parte da Comissão especializada da Casa. (Requerimento N° 1.371, de 2009)

O PLS em questão foi novamente arquivado ao final da legislatura de seu relator, em janeiro de 2011, podendo ser reaberto a qualquer momento.

Registra-se que o debate em torno do PLS 131/2001 sequer considera a definição constitucional de que “cabe ao SUS ordenar a formação de seus recursos humanos” (Brasil, 1988, seção saúde – art. 233/200, inciso II/III), reduzindo o próprio SUS a um serviço, concorrente no mercado com os planos de saúde, desfigurado pelas novas formas de gestão empresarial do trabalho, dos recursos financeiros e, sobretudo, dos resultados – esvaziando-o de seu potencial transformador das relações sociais ou do *modo de andar a vida*³⁴ do conjunto da população brasileira.

Assim, independentemente de ser gerido pela CNC ou pela CNSa, o conjunto de valores (monetários e não monetários), ideias e práticas que alicerça a assistência social e a formação profissional oferecidas pelo sistema S (seja da saúde ou do comércio) fortalece a cultura da colaboração, na medida em que forja articulações entre interesses públicos e privados em nome de uma paz social e de uma qualificação técnico-profissional que, em última análise, incorpora a noção de qualidade, eficiência e resolutividade assistencial à ótica empresarial.

Tomando por base as reflexões apresentadas na Parte I desta tese, é possível afirmar que o PLS 131/2001 expressa, além da disputa em nível econômico-corporativo, também a ampliação da organização das entidades empresariais de saúde e sua articulação com os pressupostos do projeto neoliberal da Terceira Via, na medida em

³⁴ Expressão de Canguilhem (2001) utilizada correntemente no campo da saúde coletiva, a partir da consideração da saúde como síntese de múltiplas determinações e fator inaugural da condição humana do “andar a vida”. Polaridade dinâmica entre o indivíduo e o meio, os modos de andar a vida relacionam-se à capacidade das coletividades humanas responderem às condições em que vivem, adaptando-se a elas ou desafiando-as.

que, em sua defesa, a CNSa propõe integrar instituições públicas e privadas, representantes de empresários e de trabalhadores na área.

O subitem a seguir apresentará a atuação das entidades empresariais de saúde, com destaque para a CNSa, em diferentes fóruns organizados por elas próprias ao longo das duas últimas décadas, buscando elementos para melhor dimensionar a ampliação de sua consciência e organização política.

III.2.4. A CNSa na difusão de valores, ideias e práticas entre os empresários da saúde

A organização de eventos pelos/para os empresários da saúde no Brasil remonta o contexto de organização das entidades empresariais de saúde. Czapski & Medici (2011) registram a realização do congresso sobre medicina do trabalho³⁵ ocorrido em São Paulo, em 1964, voltado a “avaliar o local de trabalho, propondo pequenas mudanças que reduzem os riscos à saúde e, com isso, a incidência das doenças ocupacionais” (*Ibidem*, p.146); bem como do Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo, organizado pela ABRAMGE em 1972 e sediado na Faculdade de Saúde Pública da USP; e do 2º Congresso Internacional de Medicina de Grupo, organizado pela ABRAMGE e co-patrocinado pela FBH, em 1973, no Rio de Janeiro, no qual,

Representando o Presidente da República, o Ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos, usou seu discurso para adiantar as conclusões do grupo de trabalho então criado pelo governo para formular uma nova política nacional de saúde. Seria sintonizada com o acelerado desenvolvimento econômico – o produto interno bruto, PIB, ultrapassara o índice dos 70% - mas estaria a serviço da ‘justa distribuição de renda’, disse, rebatendo de antemão às usuais críticas contra a forte concentração de renda. O ministro frisou a decisão governamental de: estruturar órgãos e programas para o saneamento básico associados à expansão urbana; formar o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; e fortalecer a Central de Medicamentos, criada no Governo Médici à fim de fornecer remédios aos ‘grupos populacionais marginalizados do mercado de consumo’. Apesar de não mencionar o Ministério da Previdência, prometeu ouvir entidades da classe e órgãos profissionais, no quesito assistência médica. (Czapski & Medici, 2011, p. 180)

Os autores mencionam, ainda, o 1º Congresso de Administradores Hospitalares, ocorrido em 1974, organizado pela Federação de Administradores Hospitalares, o Simpósio sobre Previdência Social e Convênio-Empresa, organizado pela Federação do Comércio e a Associação Comercial do Estado de São Paulo, em 1975, e o 1º Congresso Nacional de Saúde das ONGs, organizado pela ABRAMGE, FENAESS e FBH, em 1986, paralelamente à VIII Conferência Nacional de Saúde.

³⁵ Os autores registram que Associação Brasileira de Medicina do Trabalho existia desde 1956, situada no Rio de Janeiro, reunindo médicos e engenheiros ligados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Nos anos 1990, registram a Feira Hospitalar, inaugurada em São Paulo em 1994, com o apoio da FENAESS e do SINDHOSP. Relatam o papel de Juljan Czapski³⁶ na organização do Congresso Latino-Americano de Serviços de Saúde (CLASSAÚDE), evento conjunto à Feira Hospitalar que passaria a ocorrer anualmente, ao longo das duas últimas décadas. Como vice-presidente da Federação Internacional de Hospitais (IHF), Juljan Czapski teria articulado a presença da própria IHF no 1º CLASSAÚDE, bem como do diretor geral da OMS e de representantes do MS, da OPAS e do Banco Mundial.

Sob inspiração do modelo da INTERHOSPITAL de Hannover/Alemanha, a Hospitalar se propõe a expor “soluções tecnológicas e gerenciais para equipar, reformar e atualizar qualquer tipo de estabelecimento de saúde” (Confederação Nacional de Saúde, 2009b). Como sua denominação passou a indicar (Feira + Fórum Hospitalar), compõe-se de uma feira de negócios em equipamentos, produtos e serviços, e de fóruns de discussão de políticas setoriais, reunidos em torno do CLASSAÚDE, cujo objetivo expresso é nortear a saúde no país e para melhor gerenciar e otimizar os recursos financeiros e humanos dos estabelecimentos de saúde.

Nesse sentido, a Hospitalar e o CLASSAÚDE expressam a consolidação dos interesses empresariais na área, aproximando a indústria de equipamentos e insumos para a saúde aos prestadores privados de serviços na área e empresários de planos de saúde.

A primeira versão do CLASSAÚDE discutiu as adaptações tecnológicas na área de saúde para países em desenvolvimento. No ano seguinte, contando com a presença do Ministro da Saúde, Adib Jatene, na mesa de abertura, o CLASSAÚDE teve como tema central “o papel do hospital dentro de um sistema nacional de saúde”. Nos anos subsequentes, o evento contaria cada vez mais com representantes do poder público, ampliando sua plateia e diversificando os temas discutidos, tendo como pauta permanente a discussão da política nacional de saúde e da política de formação de trabalhadores para a área.

A finalidade do evento vem sendo coordenar ações educativas, em sentido amplo, para o conjunto dos empresários do setor, a partir da divulgação da existência de um novo perfil de usuário dos serviços de saúde, também referido como consumidor ou cliente, melhor informado e mais exigente, a quem os serviços de saúde devem oferecer

³⁶ Sobre a participação de Juljan Czapski na organização da ABRAMGE e da FBH, em 1966, ver Parte II desta tese.

conhecimento e tecnologia, resultados, conforto e segurança (Confederação Nacional de Saúde, 2009b). Seus organizadores afirmam que a rede de atendimento à saúde brasileira é exemplar por sua composição público-privada, formada pelo sistema universal de assistência pública (SUS) e pelo sistema de saúde suplementar (planos corporativos). Para melhoria da gestão e da assistência ao paciente, contudo, determinam que é preciso investir numa agenda conjunta de discussões de políticas de saúde (Confederação Nacional de Saúde, 2009b).

As observações que se seguem têm por base os apontamentos realizados na pesquisa de campo realizada no 16º CLASSAÚDE, ocorrido entre 25 e 27 de maio de 2011, no ExpoCenter Norte, em São Paulo.

A cultura da colaboração, assentada nos princípios e diretrizes do projeto neoliberal da Terceira Via (“uma nova ordem pós-tradicional”, um “Estado necessário”, “uma sociedade civil ativa” e o “individualismo como valor moral radical”) se apresenta fortemente nas diferentes manifestações observadas nessa edição do CLASSAÚDE.

Na ocasião, o evento contou com a participação do ministro da saúde, Alexandre Padilha, do presidente da ANS, Maurício Ceschin, e de outros representantes do poder público (ANVISA, MS, Supremo Tribunal de Justiça, entre outros), além de consultores de organismos internacionais e nacionais de grande porte, como o Banco Mundial (BM), o Instituto de Saúde e Excelência Clínica do Reino Unido (NICE), a Fundação Getúlio Vargas e a UNIFESP.

Para sua realização, seus organizadores (CNSa, FENAESS e SINDHOSP) contaram com apoio institucional da Associação Médica Brasileira (AMB), ABRAMGE, Associação Brasileira da Indústria de Equipamentos Médico-Hospitalares (ABIMO), ANAHP, FENASAÚDE, FEHOESP, Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor de Saúde (IBEDESS), Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), Federação Brasileira de Administradores Hospitalares (FBAH), Fundação Getúlio Vargas (GV Saúde), Pró-Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A observação de campo permite destacar o pronunciamento do ministro da Saúde, Alexandre Padilha³⁷, na abertura do evento, ressaltando a importância de aproveitar as oportunidades criadas pelo SUS, desde a Constituição de 1988, de

³⁷ A abertura da *Feira + Fórum Hospitalar 2011*, no dia 25/05/2011, contou com a presença de representante da ANVISA, do presidente da ANS, Maurício Ceschin, do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, de representante da Prefeitura de São Paulo, do Governador do Estado de São Paulo, Geraldo Alkmin, do presidente da Frente Parlamentar da Saúde, Darcísio Perondi e de representante da FIESP.

ampliação do acesso público e gratuito à saúde, compreendendo as oportunidades que traz ao setor privado e os mercados que se abrem com essa ampliação do acesso. O ministro sinalizou a prioridade governamental de incentivo à indústria de equipamentos médico-hospitalares do país, ainda que estabelecendo parcerias com empresas estrangeiras, e afirmou que esse “grande sistema nacional de saúde”, aliado à excelência e à qualidade do sistema suplementar, podem garantir desenvolvimento nacional, ampliando o acesso.

Em seu discurso, foram enumerados os “parceiros” públicos e privados para a construção dessa agenda: a ABIMO, co-patrocinadora do evento, é compreendida como parceira na regulação do setor, estimulando a inovação tecnológica; a ANVISA é apontada como parceira na garantia da agilidade para priorizar o registro de genéricos e produtos estratégicos, tendo como meta a redução do tempo de registro de equipamentos e medicamentos - atuando, ela própria em parceria com Gerdau e Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG); o BNDES é afirmado como aliado das parcerias público-privadas; e a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep – empresa pública vinculada ao Ministério de Ciência e Tecnologia) é apresentada como a grande novidade para a área, tendo procurado o MS para saber o que financiar, abrindo “espaço para futuros”. Em sua fala, ainda, o ministro declarou apoio à agenda da reforma tributária na área da saúde, principalmente em relação aos medicamentos e à atenção básica, prometendo novos estímulos à indústria nacional.

Jorge Solla³⁸, secretário estadual de Saúde da Bahia, afirmou, no mesmo sentido, que é preciso politizar o espaço privado para que ele seja permeável às políticas públicas voltadas a assegurar a oferta de serviços de saúde, por meio de uma mudança na mentalidade dos prestadores conveniados, tendo em vista “o atacado”, referindo-se às políticas para acesso aos serviços, desde o pré-hospitalar até os mais especializados, e não “o varejo”, referindo-se ao ressarcimento.

Tais pronunciamentos remetem à noção de “sociedade civil ativa” (pilar da cultura da colaboração, conforme apresentado na Parte I desta tese), voltada à promoção do acesso à saúde por meio do rompimento de fronteiras entre atividades lucrativas e não lucrativas, mediante propostas de transferência de serviços médico-hospitalares públicos para o controle administrativo e mesmo para a propriedade de corporações

³⁸ Na conferência sobre a relação público-privada no Brasil, em 25/05/2011, composta por Fausto Pereira dos Santos, Maurício Ceschin, presidente da ANS, Jorge Solla, secretário de Saúde da Bahia e Marcos Bosi Ferraz, da UNIFESP.

privadas, garantindo a ampliação, diversificação e indiferenciação do mercado na área (Lima, 2010).

Representando o BM, André Medici³⁹ participou do evento como palestrante, debatedor e mediador, tendo lançado no evento seu livro “Do global ao local, desafios da saúde no limiar do século XXI” (Medici, 2011). O lançamento foi prestigiado com uma mesa de debate com a presença do presidente da CNSa, José Carlos Abrahão, e do ex-presidente da ANS e atual assessor especial do Ministério da Saúde, Fausto Pereira dos Santos.

Medici traduz, nesse livro, propostas mais amplas para a política de saúde brasileira no século XXI, desenvolvidas a partir de sua inserção no BM. Exalta a proposição e coordenação da política de formação de redes assistenciais de saúde pelo MS, afirmando-a capaz de consolidar uma nova gestão na área, bem como de efetivar o processo de regionalização e garantia do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, para uma população com base territorial definida, garantindo economias de escala na produção de serviços especializados, com resolutibilidade e redução de custos. No debate de lançamento, registra-se o comentário sobre este ponto feito por José Carlos Abrahão, para afirmar que a saúde não é só assistência e cidadania, mas também um setor da economia: “Por que todos os setores tem um ganho em escala e nós não podemos ter esse ganho?”

A comparação entre o “setor” saúde e outros setores da economia é textualmente realizada por Medici, ao afirmar a necessidade do aparato estatal se reformar, modificando sua atuação para regular, supervisionar, monitorar e controlar os serviços prestados por outros entes, desobrigando-se da prestação direta e instituindo contratos de metas associados a resultados assistenciais, como mecanismo “para manutenção do contrato de exploração do serviço de saúde e recebimento dos valores contratualmente previstos” (Medici, 2011, p.63).

A utilização da expressão “exploração do serviço de saúde”, bem como a comparação, no trecho que se segue, com a área de infraestrutura, denotam a visão geral de saúde como “setor econômico” à qual o presidente da CNSa se referiu:

As distintas alternativas contratuais levariam a um aprofundamento das relações entre os setores públicos e privados na área da saúde, rompendo um grande abismo de

³⁹ Economista sênior do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID/BM); foi coordenador do Grupo Técnico de Financiamento da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. É ex-professor dos departamentos de Economia e Sociologia da PUC-RJ e da pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz).

relações que há muito tempo já vem sendo exploradas em outros setores como o de infraestrutura (Medici, 2011, p.63).

Esta visão do papel do Estado parece se articular à perspectiva de construção do “Estado Gerencial” ou “Estado Necessário” (outro pilar da cultura da colaboração, caracterizado na Parte I desta tese). Neste sentido, a ideia de redes de saúde expressa o direcionamento da política nacional de saúde em favor da transferência das atividades “não-exclusivas do Estado” para a administração privada. Medici informa que tais redes foram aprovadas através do Plano Nacional de Saúde, pela portaria 2607/2004, da divulgação do Pacto pela Saúde pela portaria 399/2006, e do Programa Mais Saúde, lançado em 2007, e teve como marcos fundamentais: a criação do Departamento de Articulação de Rede de Atenção à Saúde (DARA), vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), segundo estrutura regimental do MS aprovada pelo decreto 7530/2011; a contratação pelo MS, com o BM, do projeto QUALISUS-REDE; e a organização de políticas de redes de saúde em estados como Minas Gerais e São Paulo.

Segundo Medici (2011), o projeto QUALISUS-REDE tem como uma de suas estratégias, “incentivar o uso de novos processos de gestão, novas modalidades de pagamento pelos serviços e parcerias público-privadas na entrega dos serviços”. O autor ressalta o progressivo consenso acerca das parcerias público-privadas que vem se estabelecendo entre os gestores públicos de saúde, especialmente entre aqueles vinculados aos governos estaduais e municipais, afirmando, textualmente, que o papel do Estado como prestador direto dos serviços de saúde

... deveria se restringir a situações onde não hajam opções mais baratas e menos complexas de entregar estes serviços à população. Sempre que possível, o Governo deveria recorrer a parcerias com o setor privado (lucrativo ou filantrópico) que aumentassem a eficiência na entrega de serviços de saúde em benefício da população. (Medici, 2011, p.62-63. Grifos do autor)

Às instituições estatais caberia, nessa perspectiva, “gerar incentivos para atrair o setor privado a operar ou investir em projetos de saúde regulados pelo Estado e muitas vezes financiados através de um *mix* de recursos públicos e privados” (Medici, 2011, p.64). De acordo com o autor, o fomento às PPPs pela OMS e pelo BM vem se dando, além das áreas assistenciais, na produção de imunobiológicos, fármacos e outros insumos de saúde “onde o mercado não é capaz de gerar, por si mesmo, uma lucratividade suficiente para sustentar autonomamente o investimento privado puro” (*Idem, Ibidem*, p.65).

O trabalho de Medici informa que o BM vem financiando um conjunto de experiências de PPPs em diferentes países, por intermédio de sua Corporação

Internacional de Financiamento (IFC). No Brasil, financiou, recentemente, a construção do Hospital do Subúrbio no estado da Bahia, concluída em 2010, com aporte de R\$47 milhões. Tal hospital se obriga, por contrato com a secretaria estadual de saúde, a atender exclusivamente a clientela do SUS, recebendo R\$ 103,5 milhões anuais do governo estadual para as atividades do hospital, dos quais 30% estão associados ao cumprimento de metas de qualidade e 70% ao cumprimento de metas de desempenho relativo à produção de serviços. Os vencedores do consórcio para gerir o hospital foram o Grupo Promédica, empresa baiana de medicina de grupo e um dos maiores grupos do setor na região Nordeste – responsável pelo gerenciamento do quadro médico do hospital -, e a empresa Dalkia, grupo francês que opera hospitais em regime de PPP no Peru e no México – responsável pela operacionalização dos serviços de limpeza técnica, segurança e preservação de patrimônio (Medici, 2011, p.175).

Ainda segundo o autor, no município de São Paulo, previa-se, em 2011, a construção de quatro novos hospitais em regime de PPP, e a ampliação dos onze já existentes. Seu cálculo é que as OSS, atuantes na cidade desde 2001, gerenciam cinco hospitais municipais e 300 equipamentos e serviços públicos de saúde, dentre eles 115 unidades de pronto-atendimento de urgências e emergência (AMA) (*Idem, Ibidem*, p.175-176).

Com todas essas iniciativas em curso, Medici (2011, p.176) aponta a ausência de um “marco regulatório que integre e garanta racionalidade às distintas formas e modelos de parcerias público-privadas atualmente existentes no país”, registrando que os modelos inovadores de gestão pública, como as OSS e as Fundações Estatais de Direito Privado, vêm sendo

... ameaçados ou entorpecidos pela atuação da justiça e dos movimentos sindicais dos profissionais de saúde que atuam contra os interesses da população mais pobre. (Medici, 2011, p. 184).

Embora não tenhamos encontrado estudos acadêmicos sobre a mobilização das forças políticas contra-hegemônicas no campo da saúde nas duas últimas décadas, e ainda que não seja objeto de investigação nesta tese, a observação de Medici permite sublinhar a materialidade da resistência organizada por movimentos contrários à instituição das OSS⁴⁰ e às suas vinculações mais diretas aos interesses dos planos de

⁴⁰ A menção pejorativa do economista-sênior do Banco Mundial aos movimentos contrários ao processo de privatização que vem sendo operado na área da saúde se direciona, entre outros, àqueles reunidos especialmente em torno do CEBES e da ABRASCO, mas também em diversas entidades sindicais de trabalhadores, conselhos regionais profissionais, associações e fóruns populares organizados pelo país,

saúde⁴¹, diante da potente estruturação que vincula qualidade dos serviços públicos à lógica administrativa empresarial que visa moldar a política nacional de saúde para abrir novos horizontes para a reprodução e a acumulação do capital.

Quanto à assistência suplementar, Medici (2011, p. 289) propõe uma série de incentivos, pelo poder público, para o aperfeiçoamento de algumas áreas, como a criação de mecanismos para assegurar aos planos de saúde com menos afiliados estruturas de resseguros para cobertura de riscos catastróficos, “permitindo que operadoras menores em cidades de menor porte possam se estruturar, oferecendo em regiões que não têm escala a modalidade saúde suplementar como uma alternativa ao SUS”.

Entre essas propostas estão, ainda, o estabelecimento de desenhos mais diversificados de planos, que possam se valer de contas de capitalização, por exemplo, “que permitem planos mais baratos para a cobertura de eventuais gastos catastróficos”; além da “possibilidade de criar planos de saúde para grupos de baixa renda e trabalhadores do mercado informal ou incentivar grupos de baixo risco a participar dos planos individuais”; e do incentivo para que os planos realizem “exames de entrada para que se possa apoiar melhor a classificação de risco dos assegurados, melhorando as condições de portabilidade do seguro entre planos (Medici, 2011, p.290)⁴².

Para o autor (2011, p. 296), o papel da ANS deve incidir, mais diretamente, no estabelecimento anual de tendências para o reajuste dos planos que reflitam o mercado de cada região e na autorização de reajuste de preços pelas empresas sem consulta prévia, restringindo-se a revisar os reajustes ocorridos acima da tendência e a validar ou não os que estiverem acima da tendência considerada no mercado.

Em síntese, segundo estas propostas, o Estado gerencial/necessário deve concentrar esforços na regulação do mercado e na integração entre as esferas públicas e

bem como o próprio Conselho Nacional de Saúde, que vem se manifestando contra esse processo através de suas resoluções, moções e recomendações.

⁴¹ Destaca-se a mobilização que resultou no impedimento provisório, pelo Ministério Público, da lei complementar n. 1.131/2010 (PLC 45/2010), que permite direcionar 25% de leitos e outros serviços hospitalares para os planos privados de saúde, abrangendo 26 hospitais estaduais que possuem contrato de gestão com OS no estado de São Paulo. Destaca-se, ainda, o posicionamento contrário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) “à Lei Complementar nº 1.131/2010, ao Decreto nº 57.108/2011 e à Resolução nº 81/2011, do governo do Estado de São Paulo, que permitem direcionar até 25% dos leitos e outros serviços hospitalares do SUS que têm contrato de gestão com Organizações Sociais, para atendimento a ‘pacientes particulares ou usuários de planos de saúde privados’” (CNS, Resolução n. 445/2011).

⁴² No debate de lançamento do livro de Medici, Fausto Pereira dos Santos ressaltou a importância do trabalho apresentar como o *mix* público-privado vem se dando nos sistemas de saúde do mundo todo, iluminando as discussões do evento, mas também apontou discordância, no que tange à saúde suplementar, quanto à proposição contida no livro sobre a ruptura com o rol mínimo de cobertura, que, segundo ele, é um patrimônio para o consumidor.

privadas para garantia de um sistema de saúde com qualidade, eficiência e equidade, segundo padrões empresariais.

O primeiro passo para sua implementação, novamente, situa-se na superação do que Medici chama de “visões radicais de esquerda”, que afirmariam “que o setor privado não deve atuar em saúde, dado que sua preocupação excessiva com o lucro levaria à iniquidade, à exclusão social e a alocação dos recursos de forma a maximizar os interesses do prestador ou organizador”, bem como de “visões radicais de direita”, que dizem que “o Estado é ineficiente e que a produção pública de serviços de saúde introduz desperdícios no uso dos impostos arrecadados e facilita a corrupção” (Medici, 2011, p.51-52).

Com base na ideia geral de que se trata de “uma nova ordem pós-tradicional” (tal como discutida em perspectiva crítica na Parte I desta tese), tais assertivas parecem indicar que o principal atributo do Estado, na condução da política nacional de saúde, é fazer convergir interesses públicos e privados para produção de uma atenção à saúde ‘unificada’, que corresponda às expectativas dos seus ‘consumidores’, estejam eles ‘cobertos’ pelos planos de saúde ou pelo SUS.

Este livro, e seu destacado lançamento no evento organizado pela CNSa, ilustram como a cultura da colaboração vem difundindo valores, ideias e práticas voltadas à: naturalização da participação privada na gestão da qualidade da assistência à saúde; indiferenciação entre os interesses envolvidos na sua prestação e; ampliação do mercado de serviços de saúde no país. Restringe-se, assim, a noção de saúde como “direito de cidadania” e os próprios cidadãos a meros consumidores de serviços na área.

Tais ideias foram reiteradas na Conferência de André Medici intitulada “Cenários sobre Saúde Suplementar no Brasil Hoje” ocorrida durante o 16º CLASSAÚDE, seguida pela apresentação de Luiz Augusto Carneiro, representando o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)⁴³, intitulada “Consolidação na Saúde Suplementar”. Carneiro forneceu dados sobre o processo de consolidação das empresas atuantes na saúde suplementar, tornando-as mais sólidas, eficientes e concorrentes, informando que os planos médicos das empresas de planos e seguros contam, em média, com 44 mil beneficiários por operadora, e que a sinistralidade (despesas *versus* receitas) é altíssima, especialmente para a medicina de grupo, tendo chegado a 89%, em 2010.

⁴³ Criado em 2006, com apoio da ABRAMGE, UNIDAS e FENASEG, com objetivo de elaborar estudos, análises e avaliações técnicas para auxiliar a sustentabilidade econômico-financeira das entidades de saúde suplementar. O IESS é patrocinado por seis das principais operadoras de planos e seguros de saúde atuantes no Brasil: Bradesco, Sulamérica, Golden Cross, Amil, Medial e Intermédica.

Afirmou, com base nos estudos do IESS, que não há concentração de mercado no setor suplementar de saúde, ainda que se verifique a predominância no mercado das grandes empresas: Amil, Bradesco, Intermédica, Sulamérica e Unimed. Apresentou um balanço das conquistas alcançadas pelo conjunto da cadeia produtiva da saúde, destacando a consolidação de um mercado competitivo, a portabilidade pelo beneficiário, a proibição do aumento abusivo da mensalidade e a ênfase na qualidade. Considerou como principal falha no mercado de saúde suplementar a assimetria de informação na cadeia como um todo. Ressaltou que a relação com o SUS e as redes de saúde é fundamental para otimizar os recursos, finalizando com a reflexão: “Se nosso objetivo é manter a qualidade e o benefício do consumidor, a solução é a otimização do sistema”.

A mesa de debates, com representantes da ANAHP, Associação de Defesa do Consumidor Pró-Teste, SEMPO gestão empresarial, entre outros, trouxe as temáticas da verticalização dos hospitais vinculados aos planos de saúde, e da abertura de capitais pelos planos e seguros de saúde, cujas consequências têm se mostrado negativas para os hospitais concorrentes. Essa foi a tônica da intervenção de Roberto Galfi, diretor executivo do SEMPO gestão empresarial, ao afirmar que a verticalização já aconteceu em hospitais da Rede D’Or e da Amil, e que o grupo independente dos hospitais que estão a mercê desse processo precisa se organizar para não ir à falência, enquanto os seguros Sulamérica, Bradesco, entre outros, cujos orçamentos estão comprometidos com a bolsa de valores, têm que apresentar resultados para os acionistas. Segundo o participante, isso cria conflito de interesse com o paciente, daí a importância de se discutir qual é o papel de cada grupo na cadeia produtiva de saúde, dado que o produto final deve ser a prestação de serviços para o consumidor, e não resultados financeiros positivos.

André Medici mediou a discussão, afirmando que a integração vertical existe desde a criação das medicinas de grupo, nos anos 1960, mas as empresas encerravam sua concorrência internamente. Entretanto, a partir da entrada dos seguros e das operadoras próprias de empresas, a tendência foi a dos seguros avançarem nas verticalizações, exigindo exclusividade dos hospitais a eles conveniados. Em sua percepção, a integração da cadeia produtiva da saúde com o sistema público ainda está pouco madura, mas pode avançar com o conceito de redes. Com relação ao capital estrangeiro, afirmou que não há como impedir sua entrada: “É uma questão de tempo”, concluiu.

Esta mesa ilustra o esforço, coordenado pela CNSa, de conjugar os interesses das diferentes frações que compõem o grupo empresarial de saúde no contexto brasileiro atual.

Como afirma Daniel Coudry, representante da ANAHP, em entrevista concedida a esta pesquisa, as relações entre as empresas de planos de saúde e os serviços privados de saúde não estão rompidas, muito ao contrário:

... isso é uma gangorra: você usuário está no meio, o operador está de um lado e o prestador está de outro. Você é o dono do dinheiro, está aqui [no centro], esse cara aqui [mostra o lado dos serviços privados] quer que você use o sistema, e aí o sistema desbalança para cá [para o lado dos serviços privados], e esse cara [mostra o lado dos planos e seguros] quer impor o máximo de restrições possíveis para você usar o sistema, para o sistema balancear para cá [para o lado dos planos e seguros]. Mas acho que essa relação já foi pior, hoje ela está mais madura e a gente está na mesa de discussão de vários temas relevantes. (...) A política hoje é uma política de oferta, não é de demanda, a tecnologia oferece coisas que você talvez não precise ainda - não é porque o mercado está pedindo que está vindo a tomografia de 15ª geração, é porque a indústria está oferecendo. Isto tem um limite. Tem uma parte do discurso das operadoras que é válido: tem que haver um encontro de contas, para saber quem vai pagar por esta história toda. Ao mesmo tempo, os consumidores exigem serviços de primeira linha, tecnologia, gente bem treinada, modelo de gestão, tudo isso custa dinheiro. Esse balanço vai ser sempre um balanço que desequilibra, eventualmente, para um lado ou para o outro. (...) Sentar em uma mesa onde cada um está representando interesses diferentes, chegar a um denominador comum é muito complicado. E partindo do princípio de que sempre foi uma relação de desconfiança, não é fácil você ganhar confiança nessa relação, então é uma relação desgastadíssima... mas pelo menos, ela podia ser uma relação desgastadíssima e rompida, e ninguém estar conversando. (...) O meu viés é de otimismo, é difícil, mas eu acho que não tem outra saída para todo mundo. E acho que precisa envolver mais gente nessa história, a cadeia [produtiva] de saúde não se restringe à operadora e ao prestador.

Ainda que o debate explicita que haja tensões neste relacionamento, sobrepõe-se o propósito maior de aproximação de interesses, em torno da ideia de cadeia produtiva da saúde e de sustentabilidade do setor como um todo.

Entre as mesas que enfocaram o tema da formação profissional no 16º CLASSAÚDE, destaca-se a intitulada “Iniciativas do setor diante do gap entre a formação de profissionais e as necessidades do mercado de trabalho atual e futuro”, reunindo, sob a mediação de Ana Maria Malik⁴⁴, os seguintes debatedores: Fábio Sinisgalli (representando a ANAHP), José Gomes do Amaral (Presidente da AMB), Jorge Solla (secretário estadual de saúde da Bahia), Sarah Munhoz (Conselho Regional de Enfermagem - COREN SP), Rubens Belfort Jr. (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina/UNIFESP), José Reinaldo Nogueira de Oliveira (presidente da CMB), Wilson Rezende da Silva (FGV/EAESP SP) e Ronaldo

⁴⁴ Pesquisadora da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV) e coordenadora do GV Saúde (FGV-SP).

Pasquarelli (Pró-Saúde – entidade filantrópica voltada prioritariamente para a gestão de OSS).

Wilson Rezende (FGV) sintetiza uma visão que perpassa todas as falas, ao afirmar que “o modelo de administração direta de prestação de serviços está furado”. Compartilhando esta visão, o presidente da CMB, José Reinaldo Nogueira, afirmou estar convencido de que as mudanças são estruturais e que se espera que o governo as promova, mas crê que o processo deva ser provocado pela sociedade (entenda-se, pelas entidades organizadas na sociedade civil), ainda que liderado pelo Estado. Neste sentido, apresentou uma provocação à plateia, no que se refere ao princípio da universalidade do SUS, às novas formas de gestão, e à qualificação profissional na área: “A gente tem que apresentar soluções, convencer as instituições que representamos”. Reiterando um questionamento expresso em diversas mesas ao longo do evento, indagou, na sequência: “Até onde vai a saúde? É um sistema universal. Não deveríamos rever nosso mandamento constitucional? Talvez fosse mais honesto rever o que a gente pode e o que a gente deve [fazer].”

Ante a provocação, José Luiz Gomes do Amaral (AMB), afirmou, na sequência, que alguém tem que fazer este questionamento, que “nem todos estão fazendo, mas alguns têm coragem de dar um passo adiante”. Recolocou a pergunta de Nogueira nos seguintes termos: “Vamos estabelecer nossas prioridades? Ou vamos fazer as coisas para ganhar votos?” Complementou afirmando que as PPPs e as OS precisam ter um ordenamento jurídico adequado, e que é necessário que a universidade se dê conta disso. Ressaltou o exemplo da ANAHP de busca de eficiência, e da necessidade do setor público acompanhar este movimento.

O presidente da CMB afirmou que o mercado de saúde está muito aquecido, tornando menos competitivas as instituições que não contam com um *mix* bem definido de receitas, cujo serviço prestado é de menor remuneração ou que atuam em uma região mais pobre ou com menor demanda. Neste sentido, relatou que a CMB está buscando olhar mais globalmente essas instituições e tentando buscar parcerias público-privadas para qualificar os seus colaboradores (o que, em seu discurso, significa os trabalhadores).

Sarah Munhoz, do COREN, reclamou da quantidade restrita de competências definidas pelo MEC para a formação na área de enfermagem, que não corresponderiam às necessidades do mercado, ressaltando que o COREN entende que há outras

competências laborais muito mais importantes que precisam ser consideradas, envolvendo boas práticas, entre outras.

Ronaldo Pasquarelli, da Pró-Saúde, enfatizou que um sistema formador voltado “para as necessidades do mercado” é fruto de uma conjunção de esforços - do meio corporativo, das instituições públicas, do setor privado e do meio acadêmico - e que essa união deve ser promovida pelas instituições de classe que representam os prestadores e os profissionais.

Para ilustrar as iniciativas desenvolvidas pelos próprios estabelecimentos privados de saúde na área de formação e capacitação profissional, foi convidado para o evento Marcelo Bone Sonneborn, da Universidade Corporativa Mãe de Deus (Porto Alegre). A experiência foi apresentada pelo palestrante como a primeira “universidade de líderes” desenvolvida na área de saúde, ressaltando que a Universidade conta com 25 programas de especialização e dois mestrados, programas que enfatizam a gestão médico-assistencial e a responsabilidade social, com foco no resultado.

O representante do Hospital Mãe de Deus (instituição filantrópica associada à ANAHP) relatou, ainda, que, em parceria com a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), sua instituição fomentou a criação da Escola Superior de Saúde - contando, em 2011, com quatro cursos de graduação (sendo um superior de tecnologia em gestão hospitalar), 25 cursos *lato sensu* e dois cursos de mestrado.

Aprofundando as discussões que envolveram o 16º CLASSAÚDE, e seguindo o modelo de organização da Feira + Fórum Hospitalar, o 1º Fórum Internacional de Gestão de Saúde foi organizado em 27 e 28 de outubro de 2011, no interior do evento empresarial de saúde denominado “Hospital *Business*”, no Hotel Windsor Atlântica, no Rio de Janeiro. As observações que se seguem têm por base os apontamentos realizados durante a pesquisa de campo no evento.

O Hospital *Business* foi organizado pela Federação do Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FEHERJ), entidade patronal presidida pelo mesmo presidente da CNSa, contando com apoio dessa Confederação e da ANAHP, além de sindicatos patronais da área da saúde e da Associação dos Comerciantes do Rio de Janeiro (ACRJ). Seu tema central foi “Governança Corporativa na Saúde”, com ênfase no conceito de sustentabilidade na área.

A palestra de abertura foi proferida por Israel Klabin, presidente da Fundação Brasileira para o Desenvolvimento Sustentável (FBDS)⁴⁵. Por sustentabilidade, o palestrante definiu a combinação entre o desenvolvimento social, ambiental, econômico e a essencialidade – definindo vagamente este último conceito e afirmando que somente a partir dessa combinação o lucro pode ser medido. Com o propósito de sensibilizar o público - composto por gestores, médicos e empresários de saúde - para a causa ambiental, Klabin ressaltou as propostas vinculadas à Economia Verde, que buscam integrar desenvolvimento sustentável e eliminação da pobreza - e compõem o temário da Conferência da ONU sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio + 20), em 2012, na cidade do Rio de Janeiro.

A ideia de sustentabilidade também foi associada, por outros palestrantes do evento, à maior integração entre os diferentes interesses econômicos que conformam a referida cadeia produtiva do setor saúde - definida como composta por prestadores (públicos e privados), operadoras de planos e seguros de saúde, e por fornecedores e fabricantes de insumos e equipamentos para a área. Tal integração é compreendida como forma de regular a competição interna de cada um desses “elos” da cadeia, e, ao mesmo tempo, para evitar o relacionamento predatório entre eles, por meio da construção compartilhada de mecanismos de contratualização e regulação. A sustentabilidade se refere, nessa perspectiva, à construção de uma “visão conjunta de futuro”, na qual todos esses elos devem colaborar para que o ganho seja sustentável para todos.

É em torno da ideia de ‘sustentabilidade’ que poderia ser identificada a definição de Gramsci de “projeto de sociedade” e, mais diretamente, a definição de Poulantzas de “interesses de longo prazo do capital em seu conjunto”. Nesse sentido, a proposta de superar divergências internas às suas diversas frações pelos empresários da saúde se inscreve no seu alinhamento ao projeto de sociedade pautado na cultura da colaboração, tendo como pressupostos os princípios e diretrizes neoliberais da Terceira Via.

O tema central da responsabilidade social corporativa proposto para o Hospital *Business* foi debatido a partir do anúncio do lançamento do Movimento Junta Rio pela

⁴⁵ A FBDS foi criada em 1991 por 24 empresas interessadas na difusão de um modelo de desenvolvimento sustentável para suas corporações e para o conjunto da sociedade. Dentre elas, estão a ACESITA-Companhia de Aços Especiais Itabira; Aracruz Celulose S.A., Companhia do Jari, Companhia Siderúrgica Belgo-Mineira, Companhia Siderúrgica Pains (comprada pela Gerdau), Suzano Papel e Celulose S.A., Companhia Vale do Rio Doce, Klabin Fabricadora de Papel e Celulose, Petrobrás – Petróleo Brasileiro S.A., Shell Brasil S.A., Varig S.A., Veracruz Florestal Ltda e Indústria de Papel Simão (comprada pela Votorantim Celulose e Papel S.A.).

Saúde pelo ex-presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SINDHRIO), Josier Vilar. O movimento, criado por iniciativa desse sindicato e do Conselho Empresarial de Saúde da Associação dos Comerciários do Rio de Janeiro (ACRJ), foi apresentado com o objetivo de organizar e qualificar o sistema público e privado de saúde do município para os jogos olímpicos, previstos para ocorrerem em 2016 no Rio de Janeiro. Para isso, suas ações compreendem, numa primeira etapa, organizar e disponibilizar um censo do conjunto dos serviços de saúde do município; formular um diagnóstico das práticas de gestão na área vigentes no município; e realizar uma pesquisa de satisfação dos usuários do sistema de saúde da cidade.

Como sua denominação pretende indicar, o Movimento Junta Rio pela Saúde propõe somar esforços com o conjunto da sociedade na organização do sistema de saúde no município, integrando serviços públicos e privados sob a lógica da satisfação do usuário, fortalecendo as noções de “sociedade civil ativa” e de “individualismo como valor moral radical”.

Encerrando o evento, Gonçalo Vecina Neto⁴⁶, superintendente-corporativo do Hospital Sírio-Libanês iniciou sua palestra com a pergunta: “Que Estado queremos?” A resposta partiu da consideração de que o Estado é o instrumento de organização da sociedade, para afirmar que o Estado não é um bom gestor do que se quer produzir (“saúde”) - por não ser especialista.

Esta definição compreende a perspectiva do “Estado necessário”, que deve se ater à regulação das relações dos “elos” da cadeia produtiva da saúde e ao fomento das atividades privadas na área.

Corroborando esta análise, Vecina abordou o que chamou de “mitos” difundidos na área da saúde, entre eles o de que “o lucro é feio”. A partir da informação de que 70% da oferta de saúde é privada, propôs que a sociedade brasileira enfrente esse mito, pois o lucro só é “feio” se não houver regulação e regulamentação do modo como os resultados são reinvestidos nas atividades de saúde. Segundo o palestrante, a construção de uma “imagem de futuro” é um dos desafios da nova agenda de saúde e do próprio Estado brasileiro, e depende da atuação conjunta dos *players* do setor⁴⁷.

⁴⁶ Docente da Faculdade de Saúde Pública da USP, ex-diretor da ANVISA e ex-secretário municipal de saúde de São Paulo, e participante também do 16º CLASSAÚDE.

⁴⁷ Segundo matéria da revista *Política & Poder* publicada em 23.09.2009, o evento Saúde Business Fórum ocorrido em São Paulo em 2009 discutiu o tema do “empreendedorismo – como criar uma cultura empreendedora”. Um de seus palestrantes, Miguel Petrilli, vice-presidente da IT Mídia, expressou o

Os registros de campo realizados no 16º CLASSAÚDE e no Hospital *Business* indicam o avanço da organização política das entidades empresariais de saúde em direção ao patamar ético-político. Norteado pelos pressupostos e diretrizes do projeto neoliberal da Terceira Via, o projeto que agrega as diferentes frações empresariais da área se apresenta, nestes eventos, como “de interesse de toda a população brasileira”, que deve, supostamente, estar mais interessada nos resultados assistenciais do que em discutir os meios pelos quais estes vêm sendo produzidos.

A seguir, será analisada a atuação das entidades empresariais de saúde nos fóruns de discussão e deliberação da política nacional de saúde, com ênfase no papel da CNSa, avaliando suas influências no desenvolvimento desta política entre os anos 1990-2010.

III.3 CNSa e a cultura da colaboração: valores, ideias e práticas em ação

Este item enfoca, mais diretamente, as interfaces entre as entidades empresariais e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a ANS e o BNDES, ao longo dos anos 1990 e 2010. Utiliza, a análise, documentos oficiais divulgados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (CSS/ANS) e pelo Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (CODEFAT). Vale-se, também, de documentos e materiais de divulgação produzidos pela CNSa e por suas entidades filiadas. A análise que se segue toma por base, ainda, as entrevistas realizadas para esta pesquisa.

Tais fontes revelam: os principais temas que envolveram a política nacional de saúde ao longo das duas últimas décadas; os diferentes posicionamentos sobre eles por parte dos representantes das diversas entidades que compõem esta arena política; e os resultados dessas disputas e diferenças expressos nos seus encaminhamentos.

Como se viu no item anterior, a atuação da CNSa ao longo dos anos 1990 e da primeira década de 2000 se pautou na defesa dos interesses econômico-corporativos e ético-políticos empresariais, intervindo nas definições estatais sobre o repasse de

espírito do que se vem chamando de “*players do setor saúde*” ao afirmar que a “aproximação entre os players não pode mais significar um simples embate entre prestadores e fonte pagadora, mas é preciso entender e manter a integralidade do setor, transformando cada segmento em parceiro”, complementando que, “para que o setor saúde funcione de maneira eficiente, é fundamental que cada um saiba exercer seu papel sem o embate típico entre os elos da cadeia. Com a harmonização do setor, a saúde poderá crescer de maneira satisfatória.”

(Extraído de http://www.humanasaude.com.br/novo/materias/2/empreendedorismo-deve-ser-assumido-como-cultura-nas-empresas_12315.html, em 03/01/2012)

recursos públicos e isenções orçamentárias para os prestadores privados de serviços de saúde, redução da carga de trabalho, adicionais de insalubridade e noturno, solicitando a criação do Sistema S da Saúde e difundindo ideias, valores e práticas relacionados à saúde como setor da economia, saúde como *business*, cadeia produtiva da saúde, “sustentabilidade” do setor, “profissionalização” da gestão, parcerias público-privadas na assistência à saúde, qualidade vinculada a padrões empresariais, entre outros.

Assim, inserindo-se nos espaços de formulação e implementação de políticas de saúde, trabalho e formação profissional, a entidade vem ganhando proeminência como difusora do ideário da colaboração público-privada nos debates que promove, bem como nas matérias e informes publicados na revista + *Saúde*, elaborada pela entidade desde 2004.

O subitem a seguir trata, mais especificamente, da atuação das entidades empresariais de saúde no Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância de discussão e deliberação da política nacional de saúde vinculada ao MS, com vistas a captar as influências dessas entidades no seu interior.

III.3.1. Entidades empresariais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde (CNS)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), vinculado ao Ministério da Saúde, embora existente antes de 1990, ganhou nova configuração e novas atribuições com a criação do SUS. De acordo com a Lei 8080/1990 e a Lei 8142/1990, o órgão passou a ter caráter deliberativo, materializando o princípio constitucional de ampliação da participação e do controle social na construção do SUS, por meio da ação dos conselhos de saúde. O fórum, composto por representantes dos usuários e trabalhadores do SUS, do poder público, de entidades científicas e dos empresários da área, passou a ter como atribuição legal atuar, em âmbito federal, em defesa do direito constitucional à saúde e do dever do Estado em garanti-lo, mediante a formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde.

Em termos gerais, e com base nas atas, moções, resoluções e recomendações registradas entre 1990 e 2010, pode-se afirmar que, na correlação de forças no interior do CNS, vêm sendo majoritárias aquelas atuantes: na defesa do direito à saúde a ser garantido pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (conforme determina o artigo 200 da CF); na

proposição da regulação das atividades de saúde complementar mediante sua subordinação aos princípios do SUS, norteando-as pelos mesmos marcos de relevância pública e organização do modelo assistencial que o perpassa; e na definição de que o controle das ações e dos serviços de saúde, sejam públicos ou privados, deve ser exercido pelos entes que integram o SUS nos âmbitos federal, estadual e municipal (conforme o artigo 197 da CF).

Este resultado favorável aos princípios e diretrizes do SUS definidos constitucionalmente se deve, em grande parte, à composição do CNS, que possui a seguinte distribuição de vagas para os conselheiros: 50% devem ser ocupadas por representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS e as outras 50% devem ser distribuídas entre entidades profissionais de saúde, incluindo-se as científicas (25%), e entidades empresariais de saúde e representantes dos gestores públicos - MS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (25%).

Dentre as entidades empresariais de saúde participantes do CNS, ao longo do período estudado, destacam-se a FBH, a FENAESS, a CNSa, e a CMB, nomeadas como “representantes das entidades prestadoras de serviços na área de saúde”. Seus intelectuais orgânicos mais atuantes no período estudado foram: Cláudio José Allgayer (FENAESS e CNSa), Francisco Ubiratan Dellape (FENAESS e CNSa), José Francisco Schiavon (CNSa), Carlos Eduardo Ferreira (FBH), Carlos Alberto Komora (CMB), José Spigolon (CMB) e Olympio Távora⁴⁸ (CNC, FBH e CNSa).

Entre 1991 e 1994, os principais temas debatidos nas reuniões do CNS foram:

- seu regimento interno e composição das suas comissões permanentes;
- organização da IX Conferência Nacional de Saúde;
- garantia do orçamento da seguridade social no financiamento do SUS;
- criação de formas alternativas de financiamento do SUS (empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT, criação de contribuição sobre movimentação financeira para custeio da saúde);
- abertura de cursos de graduação na área da saúde;
- estratégias para implementação do controle social via estruturação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, Mesa Nacional de Negociação para discutir e

⁴⁸ Olympio Távora continua atuando como conselheiro representante dos prestadores privados de saúde, representando a CNSa (1º suplente), juntamente com a CMB (titular) e FBH (2º titular), no triênio 2009/2011. É o único representante das entidades empresariais de saúde na Mesa Nacional de Negociação do SUS.

deliberar sobre salários, jornada de trabalho, carreira de saúde, conquistas e direitos sindicais dos trabalhadores da área e política de gestão de recursos humanos (criada pela resolução do CNS n. 52/1993, reinstalada pela resolução n. 229/1997, e ratificada pela resolução n. 331/2003);

- estratégias para implementação da descentralização (a partir da discussão do documento “Municipalização das Ações e Serviços de Saúde - a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”);
- extinção do INAMPS;
- organização das Conferências Nacionais Temáticas (recursos humanos, ciência e tecnologia em saúde e de saúde bucal).

Estes temas continuam a ser discutidos pelo Conselho ao longo da segunda metade dos anos 1990, mas este passa a discutir também os seguintes temas, especialmente a partir de 1995:

- criação e as atribuições da Secretaria de Assistência à Saúde/MS - priorizando ações básicas de saúde, as emergências, assistência ao parto e do recém-nato;
- Programa de Saúde da Família (PSF), Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e programa de apoio à desospitalização de pacientes psiquiátricos;
- informatização dos registros e informações do SUS;
- Programa de Assistência à Saúde da Prefeitura de São Paulo (PAS);
- estratégias para enfrentamento da violência contra mulheres, crianças e jovens;
- ações de controle das doenças transmissíveis;
- problemas referentes à falta de profissionais de saúde, bem como ao avanço de um sistema de formação na direção contrária ao SUS⁴⁹;
- criação uma política de assistência farmacêutica capaz de garantir e ampliar o acesso a medicamentos e controle público sobre sua produção e circulação;
- criação de uma política de ciência e tecnologia para o SUS;
- garantia de orçamento regular para o SUS com a aprovação e regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29).

A partir da análise da correlação de forças no interior do Conselho Nacional de Saúde, verifica-se que as forças em defesa do SUS constitucional uniram esforços com os empresários assistenciais na defesa do aumento de recursos financeiros para a saúde, abrindo espaço para o avanço da cultura da colaboração, “em nome do SUS”. A luta

⁴⁹ Conforme mencionado na Deliberação 002, de 04 de setembro de 2003.

orçamentária setorial forjou um “bloco da saúde”, que passou a atuar em diferentes arenas, como a Frente Parlamentar da Saúde (instituída em 1994) e o próprio Conselho Nacional de Saúde, visando garantir recursos estáveis e suficientes para sustentabilidade do direito à saúde, por meio da criação, aprovação e regulamentação da Emenda EC 29, que estabelece vínculos de recursos federais, estaduais e municipais para a área. Segundo a moção do CNS n. 4/2001, o movimento para aprovação da EC 29

...representou uma das mais expressivas mobilizações sociais em defesa da saúde pública no Brasil, envolvendo todas as entidades nacionais de trabalhadores, profissionais de saúde, prestadores de serviços, empresários da indústria, do comércio e da agricultura, secretários estaduais e municipais de saúde, o conjunto das representações dos usuários dos serviços públicos de saúde, através dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, a comunidade científica, a CNBB [Conferência Nacional dos Bispos do Brasil] e a OAB [Ordem dos Advogados do Brasil];

O consenso alcançado nas entidades da sociedade brasileira refletiu-se nas votações na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, que aprovaram, em dois turnos, por maioria expressiva e absoluta, a Emenda Constitucional nº 29 (...).

Assim, colaborando com a FPS e com o CNS, a CNSa atuou, ao longo das duas últimas décadas, em defesa do orçamento público para o SUS, inscrita na EC 29, que estabelece na Constituição recursos definidos e permanentes para a saúde.

Expressando a complexidade do tema, a diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, Maria do Carmo, afirma, em entrevista para esta pesquisa:

... a Constituição trata da participação, de forma complementar, do que não é público, propriamente dito. No entanto, a nossa prática, desde a criação do SUS, nossa vivência, é de que existem dois subsistemas, temos o sistema público e temos um sistema complementar formado pelo [setor] filantrópico e pelo privado mesmo. A função precípua de governo, dos três níveis da gestão pública, seria regulamentar e regular esse subsistema não próprio e essa arena de interesses. O texto da Constituição é reflexo de uma disputa prévia (...). O período imediatamente anterior à criação do SUS foi de utilização do Estado e dos seus recursos para um crescimento desse mercado não-público. Essa história é um épico no nosso sistema de saúde (...) O que deveria ser de fato, um Sistema Único [não ocorreu]. Apareceu uma possibilidade do sistema não-público prestar serviço de forma complementar, e aí restou ao setor público tomar conta, regular, regulamentar aquilo que é não-público, de acordo com os interesses do sistema de saúde público. Agora, como fazer isso em um sistema que é universal, com 190 milhões de usuários, com as desigualdades regionais e com o subfinanciamento que esse nosso sistema tem? (...). E regular um subsistema não-público potente? A história de criação do nosso sistema: nós ficamos com o que era de vigilância e atenção básica, e o que compõe o mercado - que tem os interesses mercadológicos mesmo, de equipamento, de medicamento, de formação de recursos humanos, do ponto de vista da tecnologia dura, mais caros -, ficou com o setor não-próprio, historicamente, salvo algumas exceções [que se mantiveram] no setor público. É uma arena de interesses muito difícil de transitar.

Para a garantia do acesso público aos serviços de saúde da população brasileira, os gestores públicos do SUS estreitaram vínculos com os grupos empresariais de saúde. A escassez de recursos para investimento no fortalecimento da rede pública justificou,

por parte das instituições estatais, a criação de contrapartidas para a rede assistencial privada conveniada, dentre as quais se destacam: certificados de filantropia; isenções; ajudas financeiras; e abertura especial de créditos para reequipar, modernizar e ampliar suas instalações.

No que tange mais diretamente os interesses assistenciais privados na área da saúde, o CNS discutiu e se posicionou, destacadamente, até 1994, sobre os seguintes temas: reajuste dos valores pagos pelo MS aos serviços credenciados ou conveniados, alternativas para pagamento das AIH aos hospitais privados contratados pelo SUS, incluindo-se a utilização de empréstimos do FAT; controle do repasse de recursos ao setor privado contratado, por parte dos Conselhos Municipais de Saúde, bem como o papel fiscalizador desses Conselhos; parâmetros e critérios de remuneração de serviços; cobrança indevida aos pacientes por hospitais credenciados ao SUS; exclusão de procedimentos na cobertura dos planos e seguros de saúde; e autorização, funcionamento e regulamentação dos planos e seguros de saúde pelo poder público.

A partir de 1995, tais discussões se aprofundaram e novos temas passaram a constar da pauta do CNS, dentre os quais se destacam: duplo convênio de hospitais privados e universitários com o SUS e com planos de saúde⁵⁰; criação da Contribuição Social sobre Movimentação Financeira (CPMF); ressarcimento ao SUS referente às despesas do atendimento público a segurados por planos e seguros de saúde; Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Medicamentos; criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); CPI dos Planos de Saúde⁵¹; regulamentação da EC 29; e os impactos sobre a área da saúde da reforma do aparato estatal, posicionando-se criticamente às propostas de criação de acomodações especiais e de escolha do profissional nos serviços públicos, de terceirização da gestão de serviços e de pessoal na área e de criação das Organizações Sociais de Saúde – OSS.

As entidades privadas se reuniram, no interior do CNS, entre 1991 e 1996, na Comissão Técnica de Prestadores Privados de Serviços de Saúde (instituída pela

⁵⁰ A prática da “dupla porta” nos hospitais universitários, bem como as tentativas de sua regulamentação (PLS n. 449/1999), vêm sendo denunciadas e debatidas pelo CNS desde sua criação, sendo repudiadas no relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000. Mais recentemente, o Decreto presidencial n. 7.082/2010, instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e a Medida Provisória n. 520/2010 reabriu o debate sobre o tema, na medida em que propôs a mudança na natureza jurídica desses hospitais, desvinculando-os das suas instituições federais de origem. A MP 520/2010 foi transformada no Projeto de Lei n. 1749/2011, sendo aprovado e transformado na Lei Ordinária 12550/2011, que autoriza o poder executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH), modificando a figura jurídica dos hospitais universitários.

⁵¹ Cujá criação foi apoiada pelo CNS, por meio da Moção n. 002/2000.

portaria ministerial nº 1.182/1991 e extinta pela resolução do CNS nº 181/1996), composta pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)/Pastoral da Criança, FENAESS, CONAMGE, ABRAMGE, Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, Associação dos Serviços Próprios das Empresas, Academia Brasileira de Administração Hospitalar (ABAH), ABH, CMB, FBH e Confederação das UNIMED do Brasil.

Conforme relatório apresentado ao CNS, em 1995, pelo coordenador da Comissão, Cláudio José Allgayer, o objetivo da criação desta Comissão Técnica foi “promover a capacitação e formação de Recursos Humanos na Área da Saúde, especialmente em nível gerencial, melhoria das condições do ambiente de trabalho, elaboração de normas, critérios e parâmetros para o atendimento assistencial, racionalização e custeio de serviços”. Ainda segundo Allgayer, “a Comissão, no seu campo de atuação, promoveu debates, deliberou sobre assuntos e temas encaminhados pelo plenário deste Conselho e outros surgidos de seu processo interno de deliberações” (CNS, 1995, ata da 46ª reunião). O conselheiro relatou que, embora os serviços privados de saúde fossem responsáveis por mais de 70% dos atendimentos hospitalares e cerca de 55% das ações ambulatoriais do SUS, a Comissão foi pouco acionada pelo Plenário e pela Coordenação do CNS. As proposições para discussão da Comissão apresentadas foram: financiamento, qualidade assistencial, reavaliação da Resolução INAMPS nº 283/91 (que afirmava a gratuidade total do atendimento hospitalar através da AIH), e revisão do Sistema SIAH/SUS (Sistemas Ambulatoriais e Hospitalares do SUS - DATASUS).

Em 1996, com a extinção das comissões técnicas, o CNS estabeleceu que as entidades representantes de usuários e de prestadores privados de serviços de saúde poderiam participar de qualquer Comissão Intersetorial ou Grupo Executivo de Trabalho, bastando apresentar o correspondente requerimento ao plenário do Conselho (CNS, Resolução n. 181/1996). Contudo, desde 1995, Francisco Ubiratan Dellape, então presidente da CNSa, já vinha inscrevendo a participação dessa entidade em grupos de trabalho. Naquele ano, conseguiu que a CNSa, juntamente com a CNI, participassem das discussões relacionadas à saúde do trabalhador, foi aceito como membro da Comissão de Coordenação da X Conferência Nacional de Saúde⁵² (CNS, 1995, ata da 48ª reunião), e participou da comissão relatora do parecer do CNS sobre o

⁵² Ainda que seu nome não conste da lista de organizadores no Relatório Final da Conferência, ocorrida em 1997.

anteprojeto de lei do MS sobre o reembolso⁵³ ao SUS de despesas referentes a atendimento de seguros-saúde ou planos de saúde (CNS, 1995, ata da 49ª reunião).

Registra-se, ainda, a participação de José Luiz Spigolon (CMB) no grupo consultivo da XI Conferência Nacional de Saúde (2000), de Carlos Alberto Komora Vieira (CMB) na elaboração do Relatório Final dessa Conferência, e a participação de Olympio Távora (CNSa) na composição da mesa da XII Conferência Nacional de Saúde (2004) intitulada “As três esferas de governo e a construção do SUS”. Esta última participação se deveu à atuação do representante da CNSa na Mesa Nacional de Negociação do SUS, reativada em 2003 (CNS, Resolução n. 331/2003) para negociar, prioritariamente, os seguintes temas: Plano de Cargos e Carreira da Saúde (PCCS - SUS); formação e qualificação profissional; jornada de trabalho no SUS; saúde do trabalhador da saúde; critérios para liberação de dirigentes para exercer mandato sindical; seguridade de servidores; precarização do trabalho, formas de contratação e ingresso no setor público; instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação; e reposição da força de trabalho no SUS.

Em entrevista para esta pesquisa, Olympio Távora manifestou suas dificuldades em relação às deliberações da Mesa Nacional de Negociação do SUS, no que se refere à redução da jornada de trabalho na área da saúde, relatando:

...nós tentamos fazer as ponderações, fizemos estudos econômicos (...). Nós fazemos parte também de um grupo de trabalho do Ministério da Saúde: Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Nós tentamos circular desde o primeiro dia, tentamos colocar isso. [Mas afirmam que] “É 30 horas e acabou, pronto, não adianta querer discutir!”. Se eu não posso discutir, se eu não posso entrar em um acordo, o que eu vou fazer? Vou me opor com todas as forças que eu tenho para que isso não ocorra, porque eu sei que isso vai ser um encargo muito grande para a área da saúde. E depois, o que vai acontecer? Atrás dessas seis horas da enfermagem, todos os outros funcionários da área da saúde vão vir atrás das seis horas.

A fala, complementar em relação ao trecho destacado no item anterior acerca das ADI impetradas pela CNSa contrárias à redução da carga de trabalho na área, ressalta uma rigidez presente na deliberação em favor de tal redução, que se oporia à postura conciliatória buscada por sua entidade na negociação. A justificativa apresentada para a não redução é a da impossibilidade do sistema de saúde cumprir com este encargo. Implicitamente, os argumentos sugerem que as demandas dos trabalhadores são irresponsáveis e prejudiciais a esse sistema, enquanto os empresários estariam

⁵³ A expressão “ressarcimento”, em substituição ao termo “reembolso”, foi proposta pelo grupo de trabalho do CNS, dentre as considerações sobre o referido anteprojeto de lei do MS apresentadas na 49ª reunião ordinária do Conselho (em 18 e 19/10/1995). Não encontramos nas atas do CNS nenhuma argumentação que explicitasse o motivo da substituição dos termos.

assumindo sua proteção, revelando o caráter de classe embutido nessa perspectiva, evidenciando que o projeto de saúde deve ser “sustentável” para os empresários, enquanto os trabalhadores devem se adaptar às condições impostas por este projeto. Em síntese, denota o desempenho, por parte da CNSa, no interior da aparelhagem estatal, de seu papel organizador dos interesses empresariais e desorganizador dos interesses dos trabalhadores, na medida em que os restringe ao seu caráter econômico-corporativo.

Esta perspectiva é complementada pelo trecho da entrevista com o deputado federal Antonio Brito (PTB-BA), ex-presidente da CMB e atual presidente da Frente Parlamentar de Apoio às Santas Casas, ao apontar a necessidade de discussão dos impactos da redução da jornada de trabalho da enfermagem para o conjunto dos dispêndios hospitalares, bem como em relação às demandas que passarão a ser feitas pelas demais categorias profissionais na área:

... ficou parecendo que quem é contra as 30 horas é contra os enfermeiros, quem é a favor, é a favor dos enfermeiros. (...) Não há nada contra, eu disse isso publicamente, disse isso durante a minha campanha [para deputado federal], pelo contrário, eu gosto muito, eu apoio as enfermeiras, apoio elas em tudo que for necessário. (...) O assunto é: é importante as 30 horas? É muito importante para o enfermeiro. Há recursos para pagar isso? Não sei, a meu ver não há. Então se não há recurso, como é que nós vamos todos trabalhar juntos para viabilizar esse projeto, que eu entendo que é um projeto do SUS, e não pode ser deslocados por áreas, porque não vai ficar só na enfermagem, hoje é a enfermagem, amanhã nós vamos pegar, que está dentro do projeto, os técnicos de enfermagem - eu criei aqui, quer dizer, eu relatei - a profissão do gesso, então o gesso vai querer, ele está com 44 vai para 40, vai querer 30 horas, amanhã vai ser... isso vai ser um efeito cascata que não é isolado.

Além da Mesa de Negociação do SUS, em 2001, a partir da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o CNS buscou implementar, em seu interior, a Comissão de Saúde Suplementar, para subsidiar seu posicionamento sobre a regulação na área (CNS, Resolução n. 001/2001). Incluiu em sua composição um representante dos prestadores privados contratados/conveniados pelo SUS e um representante dos prestadores privados da saúde suplementar, considerando, dentre outros elementos, que:

3. Os segmentos e agentes envolvidos na saúde suplementar – empresas operadoras, usuários (consumidores), prestadores de serviços, fornecedores de insumos e outros agentes de mercado - possuem conflitos de interesses inerentes às suas características essenciais.
4. A tarefa da regulação abrange variados e complexos ângulos de atuação, que visam construir e reconstruir permanentemente o equilíbrio de interesses, viabilizando-os minimamente e negociadamente. O foco principal, no entanto, sempre deve ser os direitos dos usuários.

Como tal Comissão não se desenvolveu entre 2001 e 2002, o CNS apresentou, em 2003, uma resolução sobre a reativação da Comissão de Saúde Suplementar, definindo as entidades que a comporiam. No que tange a representação dos prestadores

de serviços privados, nomeou a FENASEG como representante titular na Comissão, e a CMB como suplente (CNS, Resolução n. 329/2003). Esta Comissão teve sua composição alterada em 2007 (CNS, Resolução n. 389/2007), passando a contar com um representante da CNSa. As entidades empresariais de saúde, no entanto, puderam imprimir sua atuação na Câmara de Saúde Suplementar instituída no interior da ANS, que comportou, desde 2000, a FBH, a CNSa e a CMB, incluindo a FENASEG a partir de 2001. Esta atuação será analisada no sub-item a seguir.

III.3.2. Entidades empresariais de saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Os vínculos econômicos e políticos entre os planos e seguros de saúde e os estabelecimentos de saúde privados, filantrópicos e aqueles universitários e de ensino, estreitaram-se, ao longo das duas últimas décadas. Assim, a regulamentação pública das relações entre estes prestadores e o mercado de saúde suplementar vem sendo solicitada pelos próprios empresários, para que todas suas frações garantam a “sustentabilidade” e o crescimento de seus negócios, ou, em termos poulantzianos, para organizar os interesses de longo prazo do conjunto dos empresários. Essa demanda direciona às instituições públicas, em última instância, a uma tarefa regulatória redutora das forças publicizantes à defesa dos interesses individualizados dos “consumidores” dos serviços privados de saúde.

Antes mesmo da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Departamento de Saúde Suplementar da SAS/MS organizou a Câmara de Saúde Suplementar, com caráter consultivo, convidando para sua composição representantes dos diferentes segmentos envolvidos com a temática. A primeira reunião desta Câmara ocorreu em 24 de agosto de 1998, na sala de reuniões do Conselho Nacional de Saúde, com representantes da FBH, CNSa, CMB, ABRAMGE, UNIDAS, além de entidades ligadas às cooperativas médicas, empresas de seguro de saúde, odontologia de grupo e às cooperativas odontológicas. A partir de 2000, a Câmara passou a ser vinculada à ANS, mantendo seu caráter consultivo e a composição de representantes da FBH, CNSa e CMB, incluindo, a partir de 2001, a FENASEG, bem como entidades representantes de empresas de autogestão, medicina de grupo e das cooperativas médicas.

Dentre as discussões apresentadas nesta Câmara, desde sua criação, destacam-se: o cadastramento das empresas de planos e seguros de saúde; o rol de procedimentos e

coberturas; carências; o ressarcimento ao SUS e a definição da tabela de remuneração; as formas dos contratos e os direitos do consumidor; a publicização das informações e a submissão das resoluções a consultas públicas; e a padronização das informações entre empresas de planos e seguros de saúde e prestadores privados.

Embora o CNS tenha sido um importante apoiador da criação da Agência, ao longo da primeira década de 2000, essas instâncias se distanciaram. Isso se deu pela forte articulação empresarial que se instituiu na Câmara de Saúde Suplementar, em defesa da subsegmentação, legalização de coberturas regionalizadas e a criação de barreiras de acesso ao atendimento nas especialidades médicas, além da concentração do mercado suplementar, fortemente atrelado ao sistema financeiro e com participação de capitais estrangeiros, que ampliaram enormemente seus rendimentos com a operação de planos de saúde através da medicina de grupo, dos serviços próprios das empresas, das cooperativas médicas e dos seguros saúde. Ainda, ao longo das duas últimas décadas, o dinamismo e a autonomia dos serviços privados na área foi fomentado pelo poder público por meio da autorização legal para o repasse pelas empresas das despesas com planos de saúde de seus empregados aos preços dos produtos como custos operacionais, deduzindo-o da renda bruta e do cálculo para o imposto de renda; além da permissão legal de deduções do gasto com saúde do imposto de renda de pessoa física e jurídica (lei 9250/1995); e, também, por meio dos incentivos fiscais e isenções de tributação a entidades sem fins lucrativos incidentes sobre cooperativas médicas e medicinas de grupo vinculadas a instituições filantrópicas.

Além da regulação do mercado privado de planos e seguros de saúde, a ANS vem atuando na mediação das relações entre esse mercado e os prestadores privados de serviços na área. Carlos Figueiredo, gerente de relações com prestadores de serviços da Agência, em entrevista para esta pesquisa, relata:

Eles [os prestadores] chegam reclamando que o que recebem é insuficiente, mas não têm as informações para comprovar isso. Muitas vezes eles chegam e falam: “meu contrato está aqui, mas está defasado, a minha tabela está defasada há dez anos”. Ele sabe que a tabela está defasada, ele sabe uma série de coisas, mas ele não tem argumentos ali preparados, extraídos de bases de dados e sistemas para apresentar. Alguns grupos mais profissionalizados têm esses dados, sentam na mesa para negociar os dados concretos com a fonte pagadora ou com as operadoras, [mas] outros grupos não estão preparados, precisam amadurecer isso nos estabelecimentos. Não é nem um amadurecimento das instituições de representação não, é uma profissionalização dos estabelecimentos de saúde, e de profissionais também.

A identificação, por parte da ANS, da necessidade de “profissionalização” desses prestadores, vem guiando as ações da entidade governamental de padronização de comunicação, conteúdos e estruturas das informações, bem como da representação

de conceitos em saúde, com vistas a fortalecer a contratualização entre prestadores e operadores e promover o entendimento entre os diferentes interesses privados na saúde. Assim, instituiu o padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar), a partir de 2004. O representante da ANS explicita como vem se dando o processo de implantação do Padrão TISS:

... como é que funcionava o setor? Cada operadora tinha o seu próprio padrão de troca de informação, então se o paciente ia em um hospital, o hospital tinha uma guia daquela operadora para preencher com as informações de atendimento, de faturamento; se fosse de uma outra operadora era de um outro padrão (...) e isso fazia com que os hospitais, os estabelecimentos de saúde, tivessem que ter uma estrutura enorme de pessoas que fossem capacitadas para lidar com centenas de formulários diferentes. Alguns hospitais chegam a ter 300 convênios, então você imagina ter 300 padrões diferentes. Então a Agência unificou. (...). Esse projeto continua evoluindo, a gente está indo para a versão 3 do TISS agora, foi objeto de consulta pública ano passado, a gente está ampliando muito o escopo do TISS, trazendo toda a terminologia, porque a gente padronizou o processo da comunicação, mas o conteúdo da comunicação inicialmente não foi padronizado, o que vai na mensagem, o padrão. (...)

A padronização de informações vem sendo aprimorada pela ANS, mediante parceria com entidades públicas e privadas, sendo a CNSa uma destas entidades, como informa Carlos Figueiredo:

(...) agora a gente está padronizando todo o conteúdo que pode haver nesse relacionamento, todos eles. E isso é feito como? A gente cria esses padrões aqui dentro? Não, a gente utiliza as entidades parceiras, que são os gestores dos padrões. Então, por exemplo, toda a parte de materiais e medicamentos: a ANVISA é quem faz o padrão de codificação e terminologia que vai se tornar o padrão obrigatório de troca de informação; os procedimentos médicos, a entidade mantenedora, por exemplo, é AMB, que desenvolveu a CBHPM, e todo o código de descrição da CBHPM [Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos] vira parte da TUISS [Terminologia Unificada em Saúde Suplementar], também. E por aí vai. A CNSa é uma das entidades colaboradoras, porque toda a parte de diárias e taxas ela é quem fez a proposta inicial. Então, toda terminologia de diárias e taxas está vindo de uma proposta da CNSa.

A necessidade de melhoria da gestão dos negócios ligados à saúde é captada por Carlos Figueiredo, em outro trecho da mesma entrevista, a partir de sua própria experiência profissional anterior à entrada na Agência (na área de telecomunicações, numa empresa privada). O entrevistado relata:

... a gente tem um esforço grande ainda de viabilizar melhorias de qualidade de gestão nesses estabelecimentos. Acho que o governo de uma forma geral, não só a Agência, não só o Ministério, tem que pensar e trabalhar linhas específicas para melhoria da gestão, da capacitação da gestão desses negócios. Eu tive experiência em outros setores que não saúde, antes de vir para Agência, e quando eu vim trabalhar na Agência eu me assustei com o grau de amadorismo de determinados estabelecimentos de saúde, a forma como a gestão era feita, isso não reflete os conceitos atuais de gestão, de governança de qualquer empresa. Então, acho que o governo tem que trabalhar isso sim, tem que estimular a profissionalização, principalmente da saúde, que é uma coisa tão sensível... tem que se preocupar com isso também, os gestores, os dirigentes das entidades de representação, eles tem que ter um foco claro de profissionalização da gestão desses negócios.

Esse processo é compreendido como forma de corrigir distorções de mercado no sistema de saúde suplementar - que envolvem, inclusive, os fornecedores de insumos para os hospitais privados. Conforme explicita o representante da ANS,

... o que a gente está fazendo é estimulando a mudança desse modelo, até porque, hoje em dia, determinados insumos, na conta dos prestadores de serviço, dos hospitais especificamente, eles remuneram o hospital com uma margem acima do que foi utilizado. Então, quanto mais caro for o insumo utilizado, mais o hospital ganha. Isso gera uma distorção para o sistema. (...) A gente já está concluindo toda a parte conceitual do novo modelo, vamos começar um piloto de implantação desse modelo com algumas operadoras e alguns prestadores, e esse é o passo que a gente está andando agora, para estimular a mudança do modelo.

O “novo modelo” mencionado remete às ideias de “cadeia produtiva da saúde” e de “sustentabilidade do setor”, difundidas pelas entidades empresariais da área, conforme se destacou no item anterior, em seus congressos e eventos. A CNSa, bem como a ANAHP, vêm atuando diretamente na sua construção, conforme aponta Carlos Figueiredo:

A Confederação [Nacional de Saúde] tem participado ativamente do projeto, dessa visão, das propostas, nas reuniões, enviando material, enviando conteúdo. O único ponto é que a Confederação representa grupos muito heterogêneos de prestadoras, e às vezes é difícil consolidar tantas opiniões divergentes. Ela representa estabelecimentos que são muito diferentes uns dos outros, categorias inclusive diferentes - é um processo que para eles internamente também deve ser difícil concatenar -, com as representações, os dirigentes de cada sindicato, de cada federação, sentar e discutir para trazer um consenso, uma proposta, e são realidades diferentes, regiões diferentes do país, com níveis de profissionalização diferentes, realidades econômicas diferentes. (...) [Com a ANAHP] Também é o mesmo processo, a diferença é que a ANAHP tem um grupo de representados que é muito mais fácil deles se organizarem em termos da contribuição.

Enquanto a CNSa enfrenta dificuldades em criar, entre seus representados, consenso sobre a necessidade dessa mudança, a alta capacidade da ANAHP de sistematizar as contribuições para o processo, de acordo com o trecho acima, deve-se a vários fatores, entre eles o grau de “profissionalização” alcançado pelos seus representados. O diretor-executivo da ANAHP reafirma esse diferencial do grupo por ele representado em relação ao conjunto representado pela CNSa, relatando como vem se dando o relacionamento de sua entidade com a ANS, na construção do Programa de Qualificação dos Prestadores:

Pouquíssimas vezes a gente teve algum caso em que - ninguém briga [um] contra [o outro] -, mas a gente não brigou juntos [ANAHP e CNSa]. Eles [da CNSa] representam interesses muito maiores do que os nossos, muito mais heterogêneos, vamos dizer assim. AANS instituiu um programa de qualificação dos prestadores, agora, onde nós, usuários, vamos começar a ter mais informação para tomar uma decisão melhor em relação ao serviço de saúde que a gente vai [escolher]. Então, lá na frente, você consegue ver que você vai escolher um prestador olhando para os indicadores dele. Não se ele tem TV de plasma ou se o chão é de mármore - isso é importante também, dá conforto, bacana -, mas não é para isso que você vai para o hospital. Você vai para o hospital resolver um problema seu. Se você tiver o acesso, a informação, de onde estão

os melhores médicos, qual é o resultado efetivo daquele procedimento, nos últimos cinco anos, daquele hospital em relação ao outro, você vai tomar uma decisão mais informada. E o processo de qualificação de prestadores é para começar a fazer isso: ele vai dar a informação, primeiro, de quais são os hospitais acreditados, ele tem que explicar para o público o que é acreditação, não adianta jogar essa informação no ícone, lá no livreto; se você não souber o que aquilo significa, não serve para nada. Então, a ANAHP está pulando de cabeça dentro desse projeto, porque todos os nossos hospitais são acreditados e se favoreceriam muito com esse tipo de ação. Já a CNSa tem interesses mistos, porque nem todos os hospitais são acreditados e muitos terão dificuldade em conseguir acreditação em curto prazo, porque o Brasil é um país enorme, enfim, hospitais de tamanhos diversos, a gente sabe o quão complexo é você fazer um processo de acreditação. Só para te dar um exemplo de que a gente não está desalinhado, mas aqui a gente não está lutando cabeça a cabeça pela mesma coisa. Em todas as outras áreas, a gente tem uma agenda em comum.

O Programa de Qualificação dos Prestadores, que favoreceria os hospitais da ANAHP é explicitado pelo representante da ANS:

A Agência instituiu um programa, através da resolução normativa nº 267 - que trata do programa de divulgação da qualificação dos prestadores de serviço -, que traz algumas coisas que chamamos de atributos de qualificação do prestador. O que é isso? O objetivo é que a gente estimule o prestador de serviço a se especializar, a se capacitar, a investir em qualidade, em alguns critérios de qualidade específicos que a gente identificou no setor, para melhorar o serviço que é oferecido. Um exemplo disso é a acreditação. A gente estimula que os prestadores se acreditem, e a gente, nesse programa, vai fazer com que as operadoras divulguem os seus hospitais acreditados, os laboratórios. E a Agência, também, vai dar publicidade às redes das operadoras que tem hospitais acreditados. (...) Mas temos outros atributos, por exemplo, o médico que tem residência, o médico que tem mestrado e doutorado... todos são atributos de qualificação que a Agência vai dar publicidade e vai divulgar para o usuário.

O fomento institucional da ANS de divulgação dos hospitais acreditados por parte das empresas de planos de saúde trará vantagens imediatas aos hospitais da ANAHP, que serão mais intensivamente buscados por essas empresas. Conforme explicita Daniel Coudry, na mesma entrevista:

... hoje para um hospital ser associado da ANAHP, precisa no mínimo a ONA 3 - ou a Joint Commission, ou a acreditação canadense, ou uma outra acreditação americana que chama Niaho, que é menos conhecida, mas qualquer uma das três internacionais ou a ONA 3.

Conforme os apontamentos realizados por esta pesquisa nos congressos empresariais de saúde, apresentados no item anterior desta tese, a CNSa vem buscando difundir o consenso sobre as vantagens de longo alcance da adesão aos novos parâmetros de qualidade para o conjunto de seus estabelecimentos representados. Vem, nesse sentido, colaborando com a ANS na construção da proposta de “profissionalização” dos prestadores privados de serviços de saúde, via padronização das informações, estímulo à criação de projetos e linhas de financiamento para a qualificação dos hospitais e demais serviços privados de saúde, conveniados ao SUS ou

não, e, sobretudo, na definição dos parâmetros para certificação da qualidade dos estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos ou privados.

As entidades empresariais de saúde vêm difundindo esses novos parâmetros de qualidade assistencial, baseados em padrões empresariais modernos, desde a década de 1990. Conforme informado no item anterior, a FBH atuou, o início dessa década, na difusão do modelo de certificação da qualidade assistencial estabelecido pela OPAS, e a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) materializou o projeto de redefinição da “qualidade assistencial”, com base nos parâmetros internacionais modernos de gestão empresarial. A ONA é uma entidade de direito privado, responsável pela avaliação e de certificação da qualidade em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do país, criada em 1999 com apoio do MS. Sua composição, contando com representantes de prestadores de serviços de saúde (CNSa, FBH e Sociedade Brasileira de Análises Clínicas), compradores privados destes serviços [ABRAMGE, Unimed, UNIDAS e FENASAÚDE] e instituições públicas (CONASEMS), garantiu um alinhamento, entre essas entidades, no processo de vinculação da noção de “qualidade” em saúde e o modelo empresarial de gestão. Como também mencionado, a sede da ONA é a mesma da CNSa, desde 2006.

O MS aprofundou a discussão sobre a acreditação - ou certificação de qualidade – dos hospitais brasileiros ao longo da primeira década de 2000, segundo Gerard M. La Forgia⁵⁴ e Bernard F. Couttolenc⁵⁵ (2009), organizando seminários, entre 2003 e 2004 para debater os problemas, o potencial e o desempenho dos hospitais do país. De acordo com os autores, a síntese desses seminários se encontraria publicada no documento do MS de 2006: “Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira”.

Na ocasião, La Forgia e Couttolenc foram membros da equipe técnica e consultores da Coordenação Geral do MS para Assistência Hospitalar. Os autores registram sua própria visão estratégica da reforma hospitalar no país, em publicação financiada pelo Banco Mundial, impressa originalmente em inglês em 2008, denominada “Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência”.

Partindo da consideração de que “o governo tem a responsabilidade de garantir a qualidade dos hospitais públicos e privados” (La Forgia e Couttolenc, 2009, p.399), uma vez que grande parte dos hospitais que atendem ao SUS são privados não lucrativos ou filantrópicos, o livro propõe forte colaboração entre as esferas públicas e

⁵⁴ Especialista-chefe em saúde do Banco Mundial atuante em São Paulo.

⁵⁵ Professor-pesquisador da Faculdade de Saúde Pública da USP.

privadas para que a reforma hospitalar proposta seja exitosa. Suas recomendações materializam aspectos das mudanças culturais em curso, que envolvem o papel das instituições do Estado e a assistência hospitalar no país.

Segundo tais propostas, as esferas estatais devem transferir responsabilidades sobre a assistência aos prestadores privados, por meio da mudança no modelo de gestão dos hospitais públicos; contratualizar e estimular a competitividade entre os prestadores por mecanismos de financiamento; estabelecer metas vinculadas à custo-efetividade das ações assistenciais hospitalares; planejar e coordenar tais ações para não haver duplicidade; formar médicos e administradores hospitalares de acordo com a gestão empresarial moderna etc. Nessa perspectiva, os hospitais públicos devem ter como responsabilidade aumentar a transparência de suas ações e a qualidade e produtividade dos seus serviços, tornando-os mais ágeis, flexíveis e dinâmicos, como o mercado.

Sua articulação aos pressupostos neoliberais da Terceira Via se evidencia na exigência da mobilização conjunta de todo o Estado (incluindo-se as organizações da sociedade civil), na criação do consenso acerca das vantagens da reforma gerencial dos hospitais brasileiros. Este é, aliás, o primeiro passo estratégico da reforma proposta: a necessidade de organizar as ideias e de construir uma visão abrangente para conduzir a ação de todos os protagonistas, integrada à política mais ampla desenvolvida pelas esferas estatais (La Forgia e Couttolenc, 2009).

O Programa de Aceleração do Crescimento da área de Saúde (PAC da Saúde), lançado pelo MS em 2007, inscreveu o desenvolvimento de novos modelos de gestão para a área como um dos itens da política nacional de saúde. De acordo com Carlos Figueiredo, a agenda da ANS vem confluindo com a agenda do MS, no que tange à regulamentação das relações público-privadas na área:

... esse assunto está na pauta do que está acontecendo nesse momento entre a Agência e o Ministério, a gente tem feito esse diálogo. É um dos itens da nossa agenda regulatória essa discussão, com o Ministério da Saúde, do papel da prestação do serviço público e privado, se esses sistemas são superpostos ou não, como funciona isso. Essa discussão, até onde vai o quê, se a gente pode integrar para gerar uma assistência mais integral e apoio para todos os brasileiros - essa discussão está na mesa, está acontecendo, não está fechada, não está concluída. Acho que ela está iniciando...

No que tange, mais diretamente, a proposta de criação do Sistema S da Saúde pela CNSa, o representante da ANS o inscreve como parte do processo de “profissionalização” da área:

[Com o SESS e o SENASS] Eu acho que a gente ia fazer uma distribuição mais adequada desses recursos, que na verdade já existem, mas só que estão ligados hoje em dia à Confederação Nacional do Comércio. Eu sei até que a Confederação Nacional do Comércio tem ações e programas específicos para esses recursos, eu até fui lá e vi,

pesquisei e conheço algumas ações de formação, de capacitação, de serviço social para as pessoas da área de saúde. Mas eu acho que isso ficando com a Confederação que de fato é responsável pelos serviços de saúde, primeiro, aproximaria o recurso de onde ele deve ser aplicado, e [segundo], dá uma visão maior da necessidade do setor... Inclusive isso que eu estava falando, dessa necessidade de investimento em capacitação e formação de gestores e profissionais, poderia ser, talvez, melhor direcionado se estivesse em um área que é dedicada a isso, ao setor.

A confluência de todas essas proposições com a agenda da CNSa foi exaltada no editorial de sua revista, dedicado às duas décadas do SUS e dez anos da ANS. Destaca-se ali o entrelaçamento dos “elos” que formam a “cadeia produtiva da saúde” no país, possibilitando que “o debate se torne mais amplo, o diálogo mais franco, o relacionamento mais estreito e os interesses mais comuns” (Confederação Nacional de Saúde, 2008, p. 2). A entidade difunde a ideia de que todas as forças produtivas devem somar para o esforço coletivo de reconstruir o desenvolvimento nacional, rompendo fronteiras e forjando novas parcerias entre os setores público e privado. Especialmente no contexto nomeado “neodesenvolvimentista”, conforme apresentado criticamente na Parte I dessa tese, vem ganhando força a noção de saúde como setor econômico poderoso, por empregar, produzir, inovar e consumir, fortalecendo a concepção do setor privado como parceiro, que desonera a administração e os cofres públicos, e colaborador na promoção do desenvolvimento econômico e social do país.

Em 2009, o CNS manifestou desacordo com as indicações para diretoria da ANS de representantes dos planos de saúde: Maurício Ceschin (ex-diretor da Qualicorp e da Medial) e Leandro Reis Tavares (ex-diretor da Amil), que juntamente com Alfredo Cardoso (então diretor da ANS e também ex-diretor da Amil) conformariam maioria na diretoria da Agência, composta por cinco membros. O posicionamento do CNS, registrado na moção de repúdio n.10/2009, não surtiu efeito na decisão ministerial de indicar Ceschin para presidência da ANS, bem como de nomear Tavares para compor sua diretoria colegiada.

Carlos Figueiredo avalia positivamente essas indicações, bem como a participação de profissionais oriundos de segmentos diferentes na composição da diretoria colegiada, assegurando que a visão técnica predomina sobre os temas tratados na ANS, em detrimento das visões parciais de grupos de interesse específicos:

...na composição da diretoria colegiada da Agência, eu acho muito saudável que a gente tenha representações, não representações, mas profissionais oriundos de várias atuações diferentes, de vários segmentos. Isso traz um equilíbrio na regulação dessa relação. Não é o fato de uma pessoa ter vindo de um determinado setor, ter atuado como representante ou dirigente de uma operadora, de um hospital que ele está aqui capturado. Ao contrário, ele traz e enriquece com um ponto de vista diferenciado. Tem vezes que grandes avanços que a gente consegue fazer na regulação saem exatamente

de profissionais que tiveram experiência no setor, que contribuem para as nossas propostas técnicas e discutem... eu te digo com tranquilidade que na minha área assim não acontece esse tipo de coisa de um diretor vir e “ah, mas eu estou aqui para defender o interesse do grupo tal”. Não existe isso. A proposta é sempre tratada com muita liberdade e uma argumentação técnica muito razoável. Sempre sai da área técnica a proposta de como fazer a norma, de como regular, de como atuar - então a gente fica muito blindado pela nossa visão técnica, pela nossa opinião técnica do assunto. (...) A gente obviamente analisa e discute com os diretores, eles trazem as contribuições, acrescentam aos projetos, mas a coisa funciona de uma forma muito equilibrada. Eu não acredito, não diria para você que tem captura, não. Tem, sim, um equilíbrio que é necessário a gente ter dentro da composição da diretoria colegiada.

Conforme Gramsci e Poulantzas, a maior ou menor permeabilidade aos interesses empresariais por parte dos órgãos do aparato estatal, corresponde à correlação de forças que os conformam, e esta correlação, por sua vez, exprime a capacidade organizativa dos diferentes grupos no tecido social. Neste sentido, o projeto empresarial para a saúde vem se materializando por meio da ampliação organização política de suas entidades.

A inscrição das demandas econômico-corporativas e ético-políticas dos grupos representados pela CNSa, no interior das diversas instituições estatais, vem se dando, assim, por meio das ações judiciais movidas por esta entidade, do PLS que cria o sistema S da saúde, e de sua atuação direta nos conselhos e câmaras consultivas e deliberativas estatais. Difundindo valores, ideias e práticas que envolvem a adoção do modelo de gestão empresarial moderno para garantia da qualidade assistencial, entre os seus representados e nas diferentes arenas públicas de formulação e implementação da política nacional de saúde, a CNSa vem contribuindo para a sedimentação da cultura da colaboração na área.

Tal cultura, conforme apresentado na Parte I desta tese, se assenta em quatro pilares: a noção de que estamos vivendo numa “ordem social pós-tradicional”, na qual não cabem mais antigas polarizações tais como público X privado e capital X trabalho; de que é preciso tornar o “Estado gerencial”, para atuar na formulação, avaliação e no financiamento das políticas sociais; de que estas políticas devem ser executadas pela “sociedade civil ativa”, mediante parcerias e/ou instituição de organismos públicos não-estatais; e de que os novos indivíduos devem se tornar “líderes empreendedores” na construção dessa nova dinâmica social.

A seguir, será apresentado o relacionamento entre as entidades empresariais de saúde e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

III.3.3. Entidades empresariais de saúde e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)

O financiamento público para reestruturação dos hospitais privados vem sendo justificado pela necessidade de aprimoramento da qualidade dos estabelecimentos e dos profissionais, para melhor se integrem ao mercado de saúde suplementar, reduzindo as suas distorções e promovendo seu crescimento “sustentável”, a longo prazo, e, ao mesmo tempo, para melhoria da assistência ao conjunto da população brasileira, considerando-se que as instituições privadas conveniadas ao SUS representam grande parte da oferta de serviços públicos de saúde no país, ainda que mantenham convênios também com os planos de saúde. As entidades empresariais de saúde vêm, nesse sentido, demandando financiamento público para adequação dos estabelecimentos privados por elas representados aos novos padrões de qualidade assistenciais difundidos por elas próprias. Nesse sentido, a diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), da SAS/MS, afirma:

... o setor privado é uma rede potente e é um dos pilares do sistema - o sistema público não pode prescindir de forma alguma do privado hoje no nosso país. Nesse sentido, nós temos que buscar sustentabilidade para esse sistema, seja [através de] ações diretas, através de injeção de recursos financeiros por parte do Ministério nas diversas modalidades, financiamento através de convênios da rede filantrópica para equipamento, obras de reforma - que tem legalidade para isso... não pode construir, mas reformar e equipar pode (...).

O BNDES vem sendo chamado a contribuir para o fomento da política de melhoria da qualidade dos estabelecimentos públicos e privados de saúde. Sandro Ambrósio, gerente de operações com o setor privado de saúde do BNDES, relata, em entrevista para esta pesquisa:

Hoje nosso trabalho aqui é aprofundar o conhecimento tanto da área pública como da área privada, e ver como a gente atua da melhor forma com esses dois caminhos que hoje fazem parte da política do Ministério [da Saúde] - a gente não tem só atuação pública, a atuação também é privada, nosso sistema de saúde é público-privado.

Segundo Sandro Ambrósio, as demandas ao BNDES por financiamento, por parte dos hospitais privados, têm aumentado nos anos finais da primeira década de 2000. A resposta do Banco a essas demandas, de acordo com o entrevistado, vem dependendo das diretrizes da política mais ampla estabelecida para a área:

O setor de saúde está realmente crescendo... pelo menos em termos de operações. É lógico que a gente atua com uma política que é dada, lógico que a gente faz nossas políticas internas de acordo com aquele setor que a gente acha importante atuar. Você pode falar: “- Isso é preocupante do ponto de vista de crescer muito o privado, e você vê que o público está ficando um pouco...”. A gente se preocupa sim, mas a gente não tem essa interferência, porque não cabe a nós esse tipo de interferência. A gente faz em

termos de nossas praticas operacionais. Se a gente achar que um nicho é bom de atuar, por conta disso a gente faz essas políticas. (...) [Este aumento] tem uns dois, três anos, mais ou menos.

Como se apresentou no item anterior, a ANS vem atuando diretamente no fomento à certificação de qualidade dos estabelecimentos de saúde. Seu representante entrevistado para esta pesquisa relata que a Agência desenvolveu, nos anos finais da primeira década de 2000, ações de incentivo à abertura de créditos para investimento na “profissionalização” desses estabelecimentos, junto ao BNDES e ao Banco do Brasil:

Com o BNDES, o trabalho que a gente já desenvolveu (...) é especificamente voltado para a qualificação dos prestadores de serviço. (...) Nesse âmbito, nós fizemos uma parceria, se não me falha a memória em 2008, com o BNDES, para que fosse elaborada e disponibilizada uma linha de crédito específica para financiamento de acreditação e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, dos estabelecimentos e dos profissionais. O BNDES disponibilizou, através do cartão BNDES, essa linha de financiamento. Cada cartão, se não me falha a memória, pode ter um financiamento de até 1 milhão de reais, e se pode ter até 3 cartões simultaneamente, dependendo da capacidade de empréstimo e de folha financeira que o prestador tenha para investir nesses programas. Esse dinheiro tem taxas de juros muito baixas e pode ser escalonado em diversas prestações para pagamento das prestadoras. Então, nós fizemos a negociação com o BNDES, fizemos uma também com o Banco do Brasil, para disponibilizar linhas de crédito específicas para qualidade, de investimento em qualificação, em melhoria de gestão dos profissionais e dos estabelecimentos.

Mais recentemente, a criação de linhas de financiamento específicas para estabelecimentos filantrópicos de saúde vem sendo negociada pela CMB, como informa Sandro Ambrósio:

... esse programa nosso, a gente aprovou em dezembro, mas entrou mesmo em vigor em janeiro de 2011 e a gente agora está fazendo uma mudança muito grande, até por conta dessa discussão, mais franca com a CMB, a Confederação das filantrópicas, e aí teve uma conversa, inclusive em Brasília com o Ministério, juntou todo mundo na mesa, representantes do Congresso Nacional, deputados, enfim... (...) [Antonio Brito] que foi inclusive presidente muitos anos da CMB... E lá eles argumentaram que a gente poderia melhorar um pouco mais o custo desse item de reestruturação financeira, que este custo estava muito elevado. E a gente aprovou recentemente uma mudança nisso, só falta assinar um aditivo ao protocolo com o Ministério da Saúde, mas está tudo acordado, já foi aprovado pelo BNDES, e que estabelece condições bem mais vantajosas, eu digo assim, para que eles consigam efetivar, recompor melhor os custos das operações com esses entes filantrópicos.

Os hospitais filantrópicos de excelência, associados da ANAHP, obtiveram um financiamento específico do BNDES para fomentar a qualidade empresarial dos hospitais que prestam serviços ao SUS. A diretora do DRAC – SAS/MS, afirma que

... essa é uma forma de parceria, que está cada vez mais potente, são os seis hospitais, eles estão cada vez mais apresentando propostas de projetos junto ao Ministério da Saúde, e várias estão sendo implementadas. Um dos campos mais potentes é a formação de recursos humanos do SUS. E nós, com a nossa capacidade gestora, também [estamos] colocando as nossas condições junto a esses seis hospitais, para que esse grande valor de renúncia fiscal que eles têm reverta em projetos prioritários do Ministério: formação de recursos humanos, o “apadrinhamento” desses hospitais junto aos hospitais do SOS emergência, e diversos outros projetos que esses hospitais estão

desenvolvendo e que tem proposta aí pelos próximos anos. Essa é uma modalidade que a gente está vendo bons resultados.

Sandro Ambrósio explicita como o BNDES vem contribuindo para fomentar esta política:

O Ministério da Saúde, recentemente, dentro da lei da filantropia, alterou a forma como tratava alguns hospitais que considerava como de excelência - o hospital Albert Einstein [em São Paulo], o hospital Sírio Libanês [em São Paulo], o hospital Samaritano [em São Paulo], o hospital Moinhos de Vento [em Porto Alegre], o hospital Oswaldo Cruz Alemão [em São Paulo], eu acho que não falei algum [Mater Dei, em Belo Horizonte]. São seis hospitais, enfim... Isso é público, é via lei. O que a gente vê? Esse grupo de hospitais, por questões de demanda de usuários... a economia cresceu, então isso fortaleceu um pouco a parte de planos privados. Muitos estavam com estrutura ainda inadequada e vieram ao Banco para tentar financiamento. E a gente viu que ali tinha um público específico, um público com condições econômicas bem legais do ponto de vista financeiro... são hospitais diferentes, embora sejam não lucrativos, mas têm resultados bem positivos... E a gente verificou uma forma de fazer algo diferente: “-Como é a relação de vocês com o Ministério da Saúde? Como vocês atuam hoje com a filantropia?”. Hoje, por conta da mudança da lei, eles ao invés de prestarem serviços, especificamente, e negociar com o Ministério preços e benefícios, em troca disso, eles fazem projetos para o Ministério da Saúde, fazem os projetos de desenvolvimento institucional, Projetos de Apoio ao Desenvolvimento Institucional, os chamados PADI. Conversando com o Ministério da Saúde: “isso está fluindo bem?”. “-Está, bem legal. A gente tem hoje o hospital HCor, exemplificando, eles fazem hoje uma espécie de telemedicina, que a gente bota em ambulância de SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência], no Pará por exemplo, via pager ou blackberry, não me lembro qual, e lá quando tem alguém sendo atendido, enfartando, o cara passa no plantonista no hospital especializado em coração, e lá ele passa pelos exames e você dá o resultado para o cara e fala ‘toma tal procedimento’”. Isso gera uma economia muito grande para o Ministério da Saúde. Cada vez que o cara deixa de ir para o hospital, por conta disso ou não, ou dá algum tipo de medicamento na hora, enfim, tem uma resolutividade muito boa.

O suplemento “Valor Setorial”, do jornal *Valor Econômico*, publicado em novembro de 2011, intitulado “Hospitais, equipamentos e serviços médicos”, detalha o quantitativo envolvido nesses empréstimos: seriam linhas de crédito de R\$ 1,2 bilhão, para melhoria da infraestrutura hospitalar (construção, reforma e modernização), incluindo a possibilidade de compra de equipamentos para exame, com nove anos para pagamento. De acordo com a revista, a contrapartida oferecida por esses seis hospitais pelo investimento estatal envolve transferência de tecnologia de gestão, cursos, pesquisa, e mesmo a construção de hospitais comunitários.

O acesso a esses recursos não é, ainda, garantido para o conjunto dos hospitais privados brasileiros, como informa Dante Montagnana, presidente do SINDHOSP, em entrevista para esta pesquisa:

Ah, o BNDES não libera nada para a área da saúde. Tem alguma coisa para entidades filantrópicas, mas nós que somos não filantrópicos e somos chamados “ricos”, nós não temos nenhuma benesse.

Nesse sentido, a CNSa vem buscando modificar a cultura empresarial no sentido da “profissionalização” do seu modelo de gestão, como forma de ampliar esse acesso. Como afirma o presidente da CNSa:

Primeiro, o setor, como eu te disse, tem progredido, tem se profissionalizado, mas precisa mais. O setor não tinha a cultura de ir para o BNDES, de investimento de médio e longo prazo. O BNDES trabalhou com a saúde num momento que o [ministro da Saúde José] Serra - não tem nada de ideologia, meu partido é o partido da saúde, eu digo para todo mundo que "não tenho ideologias político-partidárias" - o Serra fez um trabalho como ministro da saúde de fazer uma aproximação das Santas Casas com o BNDES, e foi emprestando dinheiro a Deus-dará, com instituições que não tinham condições de arcar com isso, foi um caos. Aí ficou dentro do BNDES aquela história, a saúde não cumpre, não faz, não acontece. Criou-se isso na verdade. A gente tem assento no Conselho Curador do Fundo de Garantia e no CODEFAT. E fomos para lá para mostrar isso, porque a gente sabe que grande parte do dinheiro do BNDES sai do FAT. Tivemos algumas reuniões com alguns diretores de lá, mostrando que a saúde hoje é outra, existem outras instituições, outras formas de ser, e trabalhando também os profissionais da saúde do lado de cá, olha aqui, você tem que fazer um projeto, você tem que cumprir... Você não chega ali no banco: "Eu quero um dinheiro para comprar um carro" sem ter condição de pagar o carro, ou qualquer outro bem de consumo. Quanto mais um projeto de criação de um hospital, de expansão de um hospital... não é por aí. Na realidade, é um processo de profissionalização.

Olympio Távora, representante da CNSa no CNS e em outros fóruns de discussão da política nacional de saúde, evidencia suas divergências em relação às forças políticas que questionam as parcerias público-privadas; ao mesmo tempo, explicita de modo pragmático como vêm se dando algumas parcerias entre os hospitais filantrópicos de excelência e o MS:

Por exemplo, os hospitais de excelência filantrópicos, nós temos alguns, como o Moinho de Vento, Mãe de Deus, Einstein, Sírío Libanês, etc, mas acabou. Não encheu uma mão. São coisas esporádicas que acontecem neste tipo de parcerias, que trazem algum benefício. O Einstein, por exemplo, (...) a parceria dele é o seguinte, é construir um hospital lá na favela que ele atende todo mundo de graça, para poder manter a filantropia. Agora, é um hospital de ponta, de primeiríssima qualidade. (...) Mas essas parcerias, se continuar essa mentalidade que ainda existe em determinado segmento da sociedade, elas vão morrer. A mentalidade de muitos que estão militando hoje é que está se privatizando o SUS, acham que o SUS é estatal, e ele não é - ele é público -, ele não é obrigatoriamente de prestação de serviço pelo Estado. Se o Estado não pode, ou não tem condições administrativas, operacionais de manter, terceiriza! E eles não admitem essa terceirização.

Verifica-se que, ao longo da primeira década de 2000, o discurso de “crise” continuou sendo evocado pela entidade também nas demandas por reduções fiscais e empréstimos facilitados a juros baixos, assim como o argumento de que estaria em curso um “processo estatizante e discriminatório à rede privada”. Esse foi o tom da matéria publicada pela entidade em 2006 sobre a portaria 358/MS, que regulamenta os contratos de metas com hospitais universitários, convênios com hospitais filantrópicos e contratos com hospitais privados lucrativos. O questionamento se deu especialmente em

relação à redação da portaria sobre o poder público “disciplinar a contratação” com os prestadores privados (Confederação Nacional da Saúde, 2006).

No que tange a defesa da criação de linhas de financiamento para o setor privado e alívio da carga tributária sobre ele incidente, o discurso de “crise” é utilizado pela entidade para justificar ambas as demandas. Em “O Caos na Saúde” (Quintas, 2005) é apresentado um quadro de “calamidade estrutural” marcado por falta de qualidade, baixo repasse de recursos públicos, baixa remuneração dos médicos, greves dos funcionários públicos e urgências mal preparadas, atribuído à “não-política” de saúde que empurra o setor privado para a “situação falimentar” do setor público e a classe média para as filas do SUS.

Mais recentemente, a entidade publicou, em conjunto com a FBH, estudo denominado *Radiografia da Tributação do Setor de Saúde* (Confederação Nacional da Saúde, 2010), que reforça o argumento de que a carga tributária sobre produtos e serviços de saúde inviabiliza a colaboração do setor em prol da qualidade do sistema de saúde brasileiro. A respeito desse estudo, Bahia (2010) ressalta que

... segundo a CNSa, seria tudo muito simples e unívoco: o alívio da carga fiscal diminui preços, logo mais brasileiros poderiam consumir serviços de saúde e medicamentos. Argumentando que o alívio da carga fiscal desonera o consumidor de serviços privados de saúde, tal discurso encobre o volume dos incentivos públicos indiretos ao setor privado nas últimas duas décadas.

O discurso da colaboração vem, concomitantemente, expressando-se nas relações estabelecidas pela CNSa com o poder instituído na área, permeado pelas ideias de qualidade assistencial empresarial, sustentabilidade, governança corporativa, responsabilidade social etc.

Para concluir este item, cabe, ainda, apresentar uma breve análise sobre a entrada da CNSa no Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (CODEFAT), mencionada pelo seu presidente. A CNSa passou a compor, a partir de 2009, o Conselho Curador do FGTS (CCFGTS) - fundo social que conta atualmente com um montante de R\$ 320 milhões para ações de habitação, saneamento e moradia -, e o CODEFAT - que tem como orçamento atual R\$ 43 bilhões para pagamento de programas de seguro-desemprego, abono salarial, qualificação profissional e para criação de linhas de crédito a setores da economia que podem gerar emprego e renda, como a saúde.

A inserção da CNSa no CCFGTS e no CODEFAT se deu em meio a um desentendimento entre as tradicionais confederações patronais da indústria, comércio e

agricultura (CNI, CNC e CNA) e representantes da fração empresarial de serviços. No biênio 2009/2011, de acordo com rodízio instituído desde 1990 entre as entidades públicas, de trabalhadores e de empresários, a presidência do CODEFAT deveria ficar a cargo das entidades empresariais. A bancada patronal do Conselho havia acordado que a CNA assumiria a presidência naquele contexto, mas o decreto 6827/2009 alterou a composição das representações do CODEFAT, aumentando de quatro para seis o número de representantes do governo federal, dos trabalhadores e dos empregadores, incluindo nesta última a Confederação Nacional de Serviços (CNServiços) e a Confederação Nacional do Turismo (CNTur).

Esta composição criou uma nova correlação de forças no interior do conselho e dividiu a bancada patronal. Na reunião de 28 de julho de 2009, os representantes da CNI, CNC, CNA e da Confederação Nacional das Instituições Financeiras (CONSIF), que haviam indicado a CNA para a presidência do Conselho, retiraram-se diante da apresentação de uma outra candidatura pelas duas confederações patronais ingressantes (CNServiços e CNTur). Ante o dissenso, CNI, CNC, CNA e CONSIF entregaram um documento a ser lido naquela reunião, no qual apresentaram seu desligamento definitivo do CODEFAT. Na mesma reunião, o representante da CNServiços, Luigi Nese, foi eleito presidente do Conselho⁵⁶, provocando reações veiculadas pela grande imprensa nacional, dentre as quais a acusação de que a CNServiços, a CNTur e a CNSa - que ocuparia o lugar vacante das entidades patronais - seriam “entidades fantasmas” (Veja)⁵⁷, e de que Luigi Nese seria um “fantoche” do ministro do Trabalho Carlos Lupi (Istoé Brasil)⁵⁸.

Para o que nos interessa nesta pesquisa, tal controvérsia, para além de gerar tensões entre as frações da representação patronal e a saída de entidades historicamente atuantes na representação dos interesses deste grupo no CODEFAT, possibilitou a entrada da CNSa em sua composição (oficializada pelo decreto 7026/2009). Desde 2003, a CNSa vinha buscando participar dos fóruns de discussão política do MTE, não tendo, contudo, obtido assento para participar do Fórum Nacional do Trabalho, organizado pelo governo federal para discutir a reforma sindical. Reunido entre 2003 e

⁵⁶ ver http://www.mte.gov.br/codefat/ata_20090728_101.pdf Acesso em 02/05/2011.

⁵⁷ *Veja*. Um vermelho-e-azul com Lupi. Ou: não há mal nenhum em tratar boi como boi; o problema é tratar gente como manada, 06/08/2009, <http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/tag/codefat/>, acesso em 02/05/2012.

⁵⁸ *Istoé Brasil*. O Fantoche de R\$ 160 bilhões – quem é Luigi Nese, o empresário que chegou ao CODEFAT pelas mãos do governo e de sindicalistas, 19/08/2009, http://www.istoe.com.br/reportagens/16706_O+FANTOCHE+DE+R+160+BILHOES, acesso em 02/05/2012.

2005, tal fórum contou com a participação de 600 representantes de trabalhadores, governo e empregadores. Em 2009, com a ampliação do número de representantes no CODEFAT e no CCFGTS, e a eleição da CNServiços à presidência do CODEFAT, a entidade patronal de saúde conseguiu se inserir, de uma só vez, nos dois conselhos gestores dos maiores fundos públicos parafiscais brasileiros.

Para melhor compreender essa inserção, é importante ressaltar as origens da CNServiços e suas relações com a CNSa. Embora tenha sido oficializada em fins de 2008, por portaria ministerial do MTE, a CNServiços é originária da organização criada em 1995 sob o estatuto de Federação de Serviços do Estado de São Paulo (FESESP)⁵⁹. A FESESP foi presidida por Luigi Nese entre 1995 e 2001, e suas diretorias executivas posteriores contam com Nese na vice-presidência até o triênio de 2013⁶⁰.

Em 2005, Luigi Nese já era presidente da CNServiços quando organizou, conjuntamente com a CNSa, um seminário sobre a reforma sindical intitulado “Reflexos da Reforma Sindical sobre o Sistema Econômico Brasileiro”, que contou com a participação do ex-Ministro do Trabalho e ex-presidente do TST, Almir Pazzianotto e do ex-deputado federal e um dos fundadores do PT e da CUT, Edésio Passos, bem como com a presença do deputado Rafael Guerra (PSDB/MG), então presidente da FPS.

Tal seminário ocorreu no contexto de derrubada da MP 232/2004, que definia a correção de 10% na tabela do Imposto de Renda para pessoas físicas e um aumento de 32% para 40% na base de cálculo da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) para empresas prestadoras de serviços que optam pelo regime de lucro presumido. Para os prestadores privados de serviços de saúde lucrativos, a MP significaria um aumento de 25% da carga tributária.

A chamada “Frente Brasileira Contra a MP 232” teve como uma das entidades coordenadoras a CNServiços, contribuindo para reunir, além da Federação das Associações Comerciais do Estado de São Paulo (FACESP) e o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (SINDHOSP), cerca de 70 entidades

⁵⁹ A FESESP foi criada em oposição à Federação do Comércio do Estado de São Paulo (FCESP, atual FECOMÉRCIO), afiliada à CNC e gestora do SENAC e do SESC no estado de São Paulo. A FESESP se ressentia por não participar dessa gestão, alegando que contribuía com somas significativas para seu funcionamento. A entidade conseguiu, em 1999, liminar para o não pagamento da contribuição compulsória para o sistema S, movendo ação judicial que tramitou durante sete anos, até que, em 12 de julho de 2006, o recurso de embargos de declaração apresentados pela FESESP foi rejeitado pelo Tribunal Regional Federal - 3.^a Região, determinando que as empresas representadas pela FESESP deveriam voltar a recolher a contribuição destinada ao SESC e ao SENAC (autos n.º 1999.61.00.000049-5).

⁶⁰ Luigi Nese é também membro do PNBE, fazendo parte do seu grupo de coordenação nacional.

empresariais ligadas à “prestação de serviços” num ato que culminou com a retirada da MP em 2005.

As articulações estabelecidas entre a CNServiços e a CNSa vêm possibilitando o fortalecimento mútuo das entidades e sua inserção conjunta no CCFGTS e CODEFAT, a partir de 2009.

Considerações Finais

Duas perguntas motivaram a elaboração desta tese: 1. As entidades empresariais de saúde elevaram seu grau de organização entre os anos 1960 e 2010?; 2. A política nacional de saúde sofreu modificação substantiva no que se refere à permeabilidade aos interesses privados com a instituição do SUS (anos 1990 e 2010)?

O trabalho identificou três movimentos no processo organizativo das entidades empresariais de saúde no país. O primeiro movimento se deu ao longo do desenvolvimento do sistema previdenciário, a partir dos anos 1950, atingindo seu ápice nos anos 1960. O surgimento de entidades como a CMB (1963), FBH (1966), ABRAMGE (1966), Fenaseg (1969) e Unimed (1972), expressa o crescimento e a diversificação das formas de assistência à saúde proporcionadas tanto pelo processo de urbanização-industrialização brasileiro quanto pelo incentivo do aparato estatal ditatorial à iniciativa privada na área (previsto no projeto de expansão gradual da cobertura assistencial à saúde através do INAMPS). Organizadas como entidades associativas, tais organizações passaram a congregiar os principais grupos prestadores de serviços privados de saúde do país, respectivamente: instituições filantrópicas, instituições privadas lucrativas, empresas de medicina de grupo, empresas de seguros-saúde e cooperativas médicas.

A partir de 1972, a política instituída pela nova Lei Orgânica da Previdência Social (lei 5.890/1972) favoreceu os interesses empresariais, ao determinar o não-privilegiamento dos serviços próprios da Previdência e o fomento aos convênios com o INPS e ao convênio-empresa, bem como a subvenção a entidades sem fins lucrativos e a eliminação da representação sindical nos órgãos decisórios da Previdência. Em 1974, o II PND, a instituição do MPAS e a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) demarcaram um aprofundamento desta política em favor dos interesses empresariais na saúde. O FAS garantiu empréstimos para o remodelamento e a ampliação dos hospitais privados e para a indústria de equipamentos hospitalares, fomentando a modernização dos hospitais e o refinamento dos negócios na área.

O PPA foi a grande expressão desta política, ao determinar, entre outros pontos, que o segurado da Previdência poderia pagar por instalações especiais nos hospitais conveniados ao INPS, o veto à expansão da rede pública, bem como a dedução do imposto de renda dos gastos com saúde pelas empresas. O grande volume de recursos

públicos disponibilizado à assistência privada à saúde, especialmente a partir de 1974, com o PPA, fomentou o desenvolvimento de uma rede de estabelecimentos privados de saúde, ou um complexo médico-empresarial. A lucratividade desse complexo era garantida pelo INPS, que arcava com emergências, riscos e agravos envolvidos nos serviços prestados.

A partir da identificação, encontrada em Rodriguez Neto (2007), das principais disputas internas ao grupo empresarial da saúde no contexto de discussão da política nacional de saúde, na elaboração do PREV-SAÚDE e do Plano do CONASP, foi possível captar duas grandes agendas defendidas por este grupo: uma identificada com a FBH, em defesa do aumento de receitas do Inamps, mas sem priorizar a rede pública, ou seja, em favor da oferta de serviços privados financiados pelo Estado; e uma identificada com a ABRAMGE e as Seguradoras, em defesa do estímulo à modernização da área para aumentar a concorrência capitalista entre os prestadores privados de serviços, por meio do subsídio público ao convênio-empresa e ao seguro-saúde privado, bem como da eliminação da assistência à saúde dos benefícios previdenciários e restringindo o gasto público às ações coletivizantes e focalizadas na população carente/rural.

O questionamento do modelo previdenciário-privatista foi, contudo, contestado por grupos organizados no interior da aparelhagem estatal e na sociedade civil, ao mesmo tempo em que dava sinais de esgotamento pelo alto nível de corrupção e a baixa efetividade na resolução dos problemas de saúde da população brasileira.

A modificação na arena política da saúde promovida pelo movimento sanitário fez com que os padrões de relacionamento entre as instituições do Estado e as empresas de saúde, estabelecidos ao longo dos anos 1960 e 1970, fossem redefinidos, no final dos anos 1980, a partir da inscrição na CF 1988 da proposta de universalização do direito à saúde e das responsabilidades estatais por sua promoção, prevenção e atenção, ainda que contando com a complementaridade do setor privado - preferencialmente filantrópico – que passaria a atuar como se público fosse. Materializada no SUS, tal proposta indicava a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva, na qual o direito à saúde se elevava a um patamar desmercantilizado e gerido por valores socialmente referenciados.

Em meados dos anos 1980, o surgimento da FENAESS como entidade sindical patronal, para atuar como “braço” da Confederação Nacional do Comércio (CNC) na área da saúde, proporcionou um segundo movimento de articulação entre as entidades

empresariais na área. Com a FBH e a ABRAMGE, a FENAESS formou um bloco para atuar em defesa dos interesses privados nos fóruns de discussão e deliberação política na área, como a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a Subcomissão de Saúde, Seguridade Social e Meio Ambiente da Assembléia Nacional Constituinte. A inscrição, na CF 1988, de que a prestação de serviços de saúde “é livre à iniciativa privada”, foi considerada uma vitória pelas entidades empresariais.

A partir dos anos 1990, o sindicalismo patronal na saúde adquiriu autonomia em relação à CNC, passando a reivindicar sua própria confederação – oficializada em 2001. A Confederação Nacional da Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços (CNSa) expressa um terceiro movimento de articulação empresarial na área. A entidade passou a representar, além dos seus sindicatos e federações diretamente associados, os interesses privados associados à FBH, ABRAMGE, ABRAHUE, UNIDAS, ANAHP e CMB. A pesquisa identificou que a aproximação entre a CNSa e a entidade representante dos hospitais filantrópicos (CMB) vem contribuindo para o fortalecimento da organização política empresarial e para a renovação das articulações público-privadas na área.

Sob o lema “saúde não é comércio”, vem reivindicando a criação de um sistema S da saúde, por meio do qual passará a receber e gerir os recursos que atualmente são destinados ao SESC e ao SENAC, e a formar trabalhadores técnicos de saúde. A CNSa vem, também, ampliando formas e espaços de atuação empresarial na política de saúde, por meio da elaboração de Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) e da participação em fóruns de discussão e deliberação da política na área.

A CNSa vem coordenando atividades educativas, em sentido amplo, por meio de congressos, eventos e publicações periódicas, difundindo valores, ideias e práticas para construção de um sistema nacional de saúde que não diferencie público e privado, tendo a sustentabilidade como visão sistêmica - agregando fatores ambientais, sociais e econômicos à “prestação desses serviços” -, e a gestão corporativa para garantia de sua custo-efetividade. A saúde preconizada em tal projeto assume características de *business*, como definiu o presidente da Confederação, em entrevista para esta pesquisa.

Em síntese, a CF 1988 foi construída no mesmo contexto em que o neoliberalismo se difundia nos países capitalistas centrais e latino-americanos. A democracia, grande bandeira do processo que levou à elaboração da Carta Magna, e que correspondia ao direito de participação nas decisões políticas e ao dever do Estado na implementação das políticas sociais, foi tomada pelo projeto neoliberal da Terceira Via

e realinhada, a partir dos seus pressupostos e diretrizes. Essa inflexão das políticas sociais seguiu uma tendência mundial, mas no Brasil vem reeditando relações público-privadas nas quais o privado patrocinado pelo poder público é a regra. Em outras palavras, a social-democracia reformada reconfigurou o neoliberalismo, recompondo o consenso acerca do modo de vida capitalista como única via, mediante a constituição de uma nova relação Estado-sociedade baseada na democracia como colaboração e na coesão social para o pleno avanço do capital na virada do século XXI.

Esta tese procurou demonstrar o papel desempenhado pelas entidades empresariais de saúde, em perspectiva histórica, na produção de uma política nacional de saúde voltada aos interesses dos seus representados, ao longo do período ditatorial, bem como situar essas entidades, no contexto de abertura política, nas arenas de disputa pelo direcionamento da política nacional de saúde, em confronto com o projeto elaborado pelo movimento sanitário. Esse mapeamento foi realizado para investigar o processo de ampliação da organização política dessas entidades, consolidado na criação da CNSa.

Verificou-se que tal entidade, em profunda articulação com as entidades empresariais anteriores, vem desempenhando o papel político de representação dos interesses patronais, nas duas últimas décadas, nas principais instâncias de formulação e implementação da política nacional de saúde. Ainda que esta atuação não garanta que todas as entidades representadas tenham suas demandas específicas atendidas integralmente, a CNSa vem buscando imprimir o papel de representante do conjunto dos interesses empresariais na área. Vem, assim, difundindo valores, ideias e práticas relacionados aos pressupostos e diretrizes do projeto neoliberal da Terceira Via, e garantindo o êxito de boa parte dos seus grupos representados, nas disputas por financiamento, criação de fontes de receitas e transferência de recursos públicos. Observou-se que os papéis econômico-corporativo e ético-político da CNSa são exercidos em todas as ações desenvolvidas pela entidade, entrelaçando-se, complementando-se e se fortalecendo mutuamente.

O resultado mais favorável para a CNSa vem sendo a obtenção do consenso, por parte das instituições estatais, sobre a importância de sua participação na construção de uma agenda conjunta de discussões da política nacional de saúde. A elevação de sua organização política se expressa na incorporação ao seu próprio projeto de valores caros ao movimento sanitário, como a “garantia de acesso aos serviços de saúde”, a “qualidade dos serviços prestados”, o “uso adequado dos recursos públicos”, por meio

de um “mimetismo terminológico” que, a um só tempo, fortalece os interesses empresariais na área e contribui para desorganizar as lutas populares e publicizantes (Arantes, 2000).

Em outros termos, as forças políticas empresariais atuantes na área da saúde, valendo-se da cultura de crise, abriram caminho para um pacto de colaboração com as forças sociais em defesa dos valores, ideias e práticas instituídos pelo movimento sanitário. Esse processo, em última análise, promove o enfraquecimento das lutas pelo SUS como sistema público de saúde universal e regulado pelo controle social, bem como do ideário mais amplo da proposta de Reforma Sanitária, de democratização da saúde pela intersetorialidade e pela mudança da cultura médica e tecnológica centrada nos interesses empresariais. Potencializaram, assim, a noção de público não-estatal (difundida mais amplamente como horizonte de reforma do aparato estatal) na área, borrando as antigas distinções entre interesses envolvidos na assistência prestada por entes públicos e privados.

Esta tese buscou demonstrar, assim, que o papel assumido pelas entidades empresariais no direcionamento da política nacional de saúde nas últimas duas décadas vem se dando mediante o deslocamento das posições de confronto na arena da saúde para posições de colaboração. As noções de qualidade, eficiência e relação custo-benefício vão se tornando variáveis fundamentais na competição pelos recursos públicos e pela administração da assistência à saúde, graças ao trabalho de difusão de valores e ideias relacionados à capacidade de gestão do setor privado, como parâmetro a ser seguido pelos serviços de saúde, sejam eles privados, públicos ou geridos mediante parcerias público-privadas.

Por meio da cultura da colaboração, os problemas ligados à saúde da população brasileira devem ser enfrentados por meio da união de esforços entre os consumidores/clientes, os trabalhadores da saúde, os empresários e as instituições estatais, contribuindo para a constituição de uma sociedade de bem-estar, com a expansão e sustentabilidade do mercado privado de serviços públicos não-estatais, em contraponto ao Estado de bem-estar social. Contudo, embora a harmonia, o equilíbrio e o otimismo sejam a tônica do pensamento empresarial difusor da cultura da colaboração, verificou-se que esta não é capaz de superar antagonismos fundamentais presentes na sociedade brasileira vinte anos após a Constituição de 1988.

Esta pesquisa constatou que, nas duas últimas décadas, a CNSa vem atuando como importante intelectual orgânico coletivo empresarial, unificando os interesses

empresariais de longo prazo, defendendo as empresas de planos de saúde para que não tenham que efetuar o ressarcimento ao SUS (ADI 1931/1997), defendendo os interesses das entidades filantrópicas e privadas não-lucrativas por isenções, negociando cota de atendimento gratuito, etc (ADI 1802/1998; ADI 2028/1999; ADI 2228/2000), e representando esses interesses frente às demandas dos trabalhadores por redução da carga de trabalho (ADI 4468/2010), adicionais noturnos (ADPF 227/2011) e de periculosidade (ADPF 229/2011).

Os principais pontos da agenda empresarial para a saúde, identificados nesta pesquisa, são: diminuição da carga tributária incidente sobre produtos e serviços de saúde; alteração da legislação trabalhista; abertura dos hospitais ao capital estrangeiro; fim da cota de deficientes físicos a serem contratados pelos hospitais; criação do Sistema S da saúde; adoção do que chamam de “profissionalização da gestão” ou “dos parâmetros da administração moderna”, quais sejam, governança corporativa, ativismo ético-empresarial, sustentabilidade; adoção de novas modalidades de pagamento de serviços, ou novos arranjos público-privados para oferta de serviços, nos quais o aparato estatal atua como contratante e fiscal dos contratos, enquanto os empresários atuam como gestores dos recursos e dos serviços, podendo investir no mercado financeiro, contratar trabalhadores sem concurso, e até mesmo ofertar vagas privadas (cobrando pelos serviços), utilizando as instalações e os profissionais do estabelecimento chamado “parceiro”; a adoção de parâmetros de acreditação/certificação criados pelas organizações vinculadas às próprias entidades empresariais, como a ONA; obtenção de recursos públicos a partir dessa certificação.

Tal agenda expressa, enfim, a síntese entre as demandas empresariais, que no início dos anos 1980 se dividiam entre a ampliação do subsídio público ao setor privado e o estímulo à concorrência capitalista na área.

A desconfiança em relação às certezas propagadas pela cultura da colaboração foi o mote desta tese. Lançar luzes sobre elas, contudo, não significa sucumbir às suas determinações. Ao contrário, o objetivo foi dar uma pequena contribuição para a tarefa coletiva de desvelamento dos mecanismos de imposição, com base em sofisticados métodos de produção do consenso, de um projeto societário produtor de injustiças e desigualdades, num contexto em que, mais do que nunca, é necessário rearticular as forças publicizantes no tecido social.

Referências bibliográficas

- Almeida, CM. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998 (Texto para discussão n. 599).
- Almeida, CM; Pêgo RA. Organização dos serviços de saúde. In: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Saúde e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1982, p. 61-79.
- Arantes, PE. Esquerda e direita no espelho das ONGs. Cadernos Abong, São Paulo, n.27, p.3-27, maio 2000.
- Arouca, ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica à medicina preventiva. Campinas. Tese. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 1975.
- Bahia, L. Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 1999.
- Bahia, L. Origens e institucionalização das empresas de planos de saúde no Brasil. In. Laboratório de Economia Política da Saúde. Planos de Saúde no Brasil: origens e trajetórias. Rio de Janeiro: LEPS/UFRJ, 2005a, p. 17-36.
- Bahia, L. Planos e Seguros Privados de Saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: Heimann, LS; Ibanhes, LC e Barboza, R (org). O Público e o Privado na Saúde. São Paulo: Hucitec, 2005b.
- Bahia, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In. Lima, NT; Gershmann, S.; Edler, FC. (org.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005c, p.407-449.
- Bahia, L. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal - 1998-2008. In: Matta, GC, Lima, JCF (org). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. p.123-185.
- Bahia, L. 2010. Quem dá as cartas. O Globo; 13 abril. Disponível em <http://oglobo.globo.com/opiniao/mat/2010/04/13/quem-da-as-cartas-916327143.asp>. [acessado 2011 mai 12]
- Banco Mundial. A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90. Washington, DC: Banco Mundial, 1995.
- Banco Mundial. El Estado en un mundo en transformación: informe sobre el desarrollo mundial. Washington, DC: Banco Mundial, 1997.

- Baptista, TWF. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(1): 97-109, jan, 2010.
- Bianchi, A. 2001. Crise e representação empresarial: o surgimento do pensamento nacional das bases empresariais. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, 16, p. 123-142, jun.
- Boito Júnior, A. Política neoliberal e sindicalismo no Brasil. São Paulo: Xamã, 1999.
- Braga, JCS; Goes de Paula, S. Acumulação de capital e atenção oficial à saúde no Brasil: um estudo econômico. Rio de Janeiro: Finep/Fiocruz, 1979.
- Braga, JCS; Goes de Paula, S. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes-Hucitec; 1981.
- Brasil. II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-79). Brasília: Imprensa Oficial, 1974.
- Brasil. Atas da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembléia Nacional Constituinte. (Atas das Comissões). Brasília, DF, 1987.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União; 6 out. 1988.
- Brasil. Decreto-lei n 5.452, de 01 de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União; 09 ago. 1943.
- Brasil. Decreto-lei n.8621 de 10 de janeiro de 1946. Dispõe sobre a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial e dá outras providências. Diário Oficial da União; 12 jan. 1946.
- Brasil. Decreto-lei n. 9853 de 13 de setembro de 1946. Atribui à Confederação Nacional do Comércio o encargo de criar e organizar o Serviço Social do Comércio e dá outras providências. Diário Oficial da União; 16 set. 1946.
- Brasil. Decreto-lei n. 73 de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. Diário Oficial da União; 22 nov. 1966.
- Brasil. Decreto n. 60.501 de 14 de março de 1967. Aprova nova redação do Regulamento Geral da Previdência Social (Decreto n 48.599-A de 19 de setembro de 1960), e dá outras providências. (Revogado). Diário Oficial da União; 28 mar. 1967.
- Brasil. Decreto-lei n. 406 de 31 de dezembro de 1968. Estabelece normas gerais de direito financeiro, aplicáveis aos impostos sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre serviços de qualquer natureza, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 31 dez. 1968.

- Brasil. Decreto-lei n. 76.900 de 23 de dezembro de 1975. Institui a Relação Anual de Informações Sociais - RAIS e dá outras providências. Diário Oficial da União; 24 dez. 1975.
- Brasil. Decreto-lei n. 1.940 de 25 de maio de 1982. Institui contribuição social, cria o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) e dá outras providências. Diário Oficial da União; 26 maio 1982.
- Brasil. Decreto n. 1.605 de 25 de agosto de 1995. Regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social instituído pela lei n 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Diário Oficial da União; 28 ago. 1995.
- Brasil. Decreto-lei n. 4.481 de 22 de novembro de 2002. Dispõe sobre os critérios para definição dos hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 25 nov. 2002.
- Brasil. Decreto n. 6.827 de 22 de abril de 2009. Dispõe sobre a composição do Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador - CODEFAT e do Conselho Curador do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - CCFGTS, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 23 abr. 2009.
- Brasil. Decreto n. 7.082 de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da União; 27 jan. 2010 (edição extra).
- Brasil. Lei n 5.890 de 8 de junho de 1973. Altera a Legislação de Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União; 11 jun. 1973.
- Brasil. Lei n. 6.036 de 01 de maio de 1974. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União; 02 maio 1974.
- Brasil. Lei n. 6229, de 17 de julho de 1975. Dispõe Sobre a Organização do Sistema Nacional de Saude. Diário Oficial da União; 18 jul. 1975.
- Brasil. Lei n. 6.439 de 01 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência social, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 02 set. 1977.
- Brasil. Lei n. 8.620 de 05 de janeiro de 1993. Altera as Leis n. 8.212 e 8.213, de 24 de julho de 1991, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 06 jan. 1993.
- Brasil. Lei n. 8.689 de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Diário Oficial da União; 28 jul. 1993.
- Brasil. Lei n. 9.250 de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências. Diário Oficial da União; 27 dez. 1995.

- Brasil. Lei n. 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do programa nacional de publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 18 maio. 1998.
- Brasil. Lei n. 9.656 de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.. Diário Oficial da União; 04 jun. 1995.
- Brasil. Lei n. 9.790 de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como organizações da sociedade civil de interesse público, institui e disciplina o termo de parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 24 mar. 1999.
- Brasil. Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União; 14 set. 2000.
- Brasil. Lei n.10.833 de 29 de dezembro de 2003. Altera a Legislação Tributária Federal e dá outras providências. Diário Oficial da União; 13 dez. 2003. (Alterada pela Lei n. 12.111 de 9 de dezembro de 2009).
- Brasil. Lei n. 11.079 de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Diário Oficial da União; 31 dez. 2004a.
- Brasil. Medida Provisória n. 2.177-43 de 27 de julho de 2001. Altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 03 ago. 2001.
- Brasil. Medida Provisória n. 232 de 30 de dezembro de 2004. Altera a Legislação Tributária Federal e dá outras providências. Diário Oficial da União; 30 dez. 2004b. (Revogada pela MP 243 de 31 de março de 2005).
- Brasil. Lei n. 11.345 de 14 de setembro de 2006. Dispõe sobre a instituição de concurso de prognóstico destinado ao desenvolvimento da prática desportiva, a participação de entidades desportivas da modalidade futebol nesse concurso e o parcelamento de débitos tributários e para com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS; altera as Leis n. 8.212, de 24 de julho de 1991, e 10.522, de 19 de julho de 2002, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 15 set. 2006 (Alterada pela Lei n. 11.505 de 18 de julho de 2007).
- Brasil. Lei n. 12.550. de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União; 16 dez. 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da VI Conferência Nacional de Saúde, 1977.

- Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.
- Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações sociais: Cadernos do Mare, 2. Brasília: Mare, 1997.
- Brasil. Secretaria de Assistência Médico-Social. Portaria n. 48 de 21 de junho de 1972. Diário Oficial da União; 30 jun. 1972.
- Brasil. Resumo Técnico Audiência Pública CAS - PLS 131, de 2001, realizada em 30/08/2005. Audiência pública com a finalidade de instruir o Projeto de Lei do Senado n. 131, de 2001, que cria o Serviço Social da Saúde (SESS) e o Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS).
- Brasil. Senado Federal. Relatório da Audiência Pública do Projeto de Lei do Senado n. 131/2001 que cria o Sistema S da Saúde. Brasília. 2005.
- Brasil. Senado Federal. Minuta do Parecer da Comissão de Assuntos Sociais sobre o Projeto de Lei do Senado n. 131, de 2001, que cria o Serviço Social da Saúde (SESS) e o Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS). Brasília, 2008.
- Bresser-Pereira, LC. A reforma do Estado nos anos 90: lógicas e mecanismos de controle. Brasília: Mare, 1997 (Cadernos Mare, 1).
- Bresser-Pereira, LC. A nova esquerda: uma visão a partir do Sul. Revista Filosofia Política, nova série, vol. 6, 2000, p. 144-178.
- Bresser-Pereira, LC. Retomada da revolução nacional e novo desenvolvimentismo. In. Desenvolvimento e Crise no Brasil: história, economia e política de Getúlio Vargas a Lula. São Paulo: Editora 34, 2003, 5ª edição atualizada.
- Bresser-Pereira, LC. O novo-desenvolvimentismo. Folha de S. Paulo, 19/09/2004.
- Bresser-Pereira, LC.; Nakano, Y. Uma estratégia de desenvolvimento com estabilidade. Revista de Economia Política, vol. 22, n. 3 (87), jul/set. 2002.
- Campos, GWS. 1991. Reforma da reforma: repensando a saúde. Campinas. Tese. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.
- Canguilhem, G. Meios e normas do homem no trabalho. (texto de 1947) Pro-posições 12(2-3), p. 109-121, 2001.
- Castelo, R. O novo-desenvolvimentismo e a decadência ideológica do estruturalismo latino-americano. In. CASTELO, R. (org.). Encruzilhadas da América Latina no século XXI. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010.
- Chaui M. Escritos sobre a universidade. São Paulo: UNESP; 2001.
- Chesnais, F. A mundialização do capital. São Paulo: Xamã, 1996.

- Coelho, E. Uma esquerda para o capital: crise do marxismo e mudanças nos projetos políticos dos grupos dirigentes do PT (1979-1998). Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005.
- Cohn, A. Previdência Social e Populismo. São Paulo. Tese. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, 1979.
- Cohn, A. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde: descentralização ou desconcentração? Rev. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 1(3), p. 55-58, out./dez. 1987.
- Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Síntese da coordenação dos grupos técnicos como contribuição ao documento final a ser elaborado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (Documentos III). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1987a.
- Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Proposta para o componente saúde da nova Constituição Brasileira e Proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde (Documentos II). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1987b.
- Confederação Nacional de Saúde, Federação Brasileira de Hospitais. Radiografia da Tributação do Setor de Saúde. Curitiba: Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT); 2010.
- Confederação Nacional de Saúde. Editorial. Portaria 358 do Ministério da Saúde provoca reação do setor. Revista + Saúde [periódico na Internet]. 2006 Mar-Mai [acessado 2011 mai 12]; 6(6):10-11 [cerca de 2 p.]. Disponível em: http://www.cns.org.br/cns/_msau/2006/ed_06_06.pdf
- Confederação Nacional de Saúde. Editorial. Revista + Saúde [periódico na Internet]. 2008 Abr-Jun [acessado 2011 mai 12]; 8(1): 2 [cerca de 1 p.]. Disponível em http://www.cns.org.br/cns/_msau/2008/ed_01_08.pdf
- Confederação Nacional de Saúde. Editorial. Revista + Saúde [periódico na Internet]. 2009a Set-Nov [acessado 2011 mai 12]; 10(2): 2 [cerca de 1 p.]. Disponível em http://www.cns.org.br/cns/_msau/2009/ed_02_09.pdf
- Confederação Nacional de Saúde. Hospitalar 2009: o mundo deve se voltar para o sistema de saúde brasileiro, Brasil. Revista + Saúde [periódico na Internet] 2009b Mai-Jul [acessado 2011 mai 12]; 9(1): 12-13 [cerca de 2 p.]. Disponível em http://www.cns.org.br/cns/_msau/2009/ed_01_09.pdf
- Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS). 2011. 1991-2011 – Revista comemorativa dos 20 anos da CNTS. Brasília, CNTS, nov.
- Cordeiro, H. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- Cordeiro, H. Políticas de saúde no Brasil (1970-1980). In: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Saúde e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1982, p. 81-90.

- Cordeiro, H. A indústria de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- Coutinho, CN. A democracia como valor universal e outros ensaios. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.
- Coutinho, CN. Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.
- Czapski, S; Medici, A. O cavaleiro da saúde: a saga de Juljan Czapski, criador dos planos de saúde no Brasil. Osasco, SP: Novo Século Editora, 2011.
- Delgado, IG. O empresariado industrial e a gênese das políticas sociais modernas no Brasil. Locus: revista de história, Juiz de Fora, v.13, n.2, p.135-160, 2007.
- Diniz, E; Boschi, R. A difícil rota do desenvolvimento: empresários e a agenda pós-neoliberal. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.
- Donnangelo, MC; Pereira, L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- Draibe, S. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. São Paulo em Perspectiva, 11(4) 1997.
- Escorel, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 1998.
- Falleiros, I; Pronko, MA; Oliveira, MTC. Fundamentos históricos da formação/atuação dos intelectuais da nova pedagogia da hegemonia. In: Neves, LMW, organizadora. Direita para o social e esquerda para o capital. Intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil. SP: Xamã; 2010, p. 39-95.
- Falleiros, VP. A Política Social do Estado Capitalista: as funções da previdência e assistência sociais. São Paulo: Cortez, 2009.
- Falleiros, VP; Silva, JFS; Silveira, RMG; Vasconcellos, LCF. A Construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Ferraz, MB. Dilemas e Escolhas do Sistema de Saúde: economia da saúde ou saúde da economia? Rio de Janeiro: Medbook, 2008.
- Filgueiras, L; Gonçalves, R. Desestruturação do trabalho e política social. Trabalho apresentado no Seminário “Política social, trabalho e democracia em questão”, organizado pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília em 28-30 de abril de 2009. Disponível em http://www.ie.ufrj.br/hpp/intranet/pdfs/desestruturacao_do_trabalho_e_politica_social_abril_2009.pdf (Acesso em 03/04/2012)
- Fundação Getúlio Vargas. Elites Empresariais Paulistas: depoimentos à FGV/Cpdoc, Escola de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

- Furtado TRS et. al. Responsabilidade Social e Ética em Organizações de Saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.
- Garcia, MA. (org.) As esquerdas e a democracia. Rio de Janeiro: Paz e Terra: Cedec, 1986.
- Garrison, JW. Do Confronto à Colaboração: relações entre sociedade civil, o governo e o Banco Mundial no Brasil. Brasília: Banco Mundial, 2000.
- Gerschman, S, Vianna, MLTW. A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- Giddens, A. Para além da esquerda e da direita. O futuro da política radical. São Paulo: Editora Unesp, 1996.
- Giddens, A. A Terceira Via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- Giddens, A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.
- Gonçalves, R. Governo Lula e o Nacional-desenvolvimentismo às Avessas. 2011. Texto divulgado na internet, disponível em: http://www.ie.ufrj.br/hpp/intranet/pdfs/texto_nacional_desenvolvimentismo_as_ave_sas_14_09_11_pdf.pdf (Acesso em 03/04/2012)
- Gramsci, A. Vol. 1. Introdução ao Estudo da Filosofia. A filosofia de Benedetto Croce. Cadernos do Cárcere. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001a.
- Gramsci, A. Vol. 2. Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001b.
- Gramsci, A. Vol. 3. Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. Cadernos do Cárcere. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- Harvey, D. O neoliberalismo: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2008.
- La Forgia, GM; Couttolenc, BF. Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.
- Labra, ME. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury, S; Lobato, LVC. (org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p.176-203.
- Lima, JCF. Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2010.
- Lima, JCF; Falleiros, I. Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde – Relatório Final. EPSJV/Fiocruz, 2006. Disponível em http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Memorias_educacao_profissional.pdf Acesso em 17/09/2010.

- Luz, MT. As instituições médicas no Brasil – instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Martins, AS. Estratégias burguesas de obtenção do consenso nos anos de neoliberalismo da terceira via. In: Neves, LMW (org). A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005, p. 127-174.
- Martins, AS. A direita para o social: a educação da sociabilidade no Brasil contemporâneo. Juiz de Fora: UFJF, 2009.
- Martins, AS; Oliveira, DM; Neves, LMW; Melo, MP; Santos, MAC. Fundamentos teóricos da formação/atuação dos intelectuais da nova pedagogia da hegemonia. In. Neves, LMW (org). Direita para o social e esquerda para o capital. Intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil. SP: Xamã, 2010, p. 97-153.
- Martins, WSN. A Previdência Social e as empresas de planos de saúde no Brasil. In. Laboratório de Economia Política da Saúde. Planos de Saúde no Brasil: origens e trajetórias. Rio de Janeiro: LEPS/UFRJ, 2005, p.37-46.
- Mattos, RA. 2001. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-389.
- Medici, AC. Do global ao local: os desafios da saúde no limiar do século XXI. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.
- Mello, CG. Análise dos resultados do Plano Nacional de Saúde. A patologia geral. V. 55: 11-12: 168-69, 1969.
- Mello, CG. Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo: CEBES, 1977.
- Mendes, EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In. Mendes, EV. Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993, p.19-91.
- Mendonça, SR. Estado e políticas públicas – considerações político-conceituais. *Outros Tempos*, www.outrostempos.uema.br, ISSN 1808-8031, Vol. 1 esp., 2007, p. 1-12.
- Mendonça, SR. O ruralismo brasileiro. São Paulo, Hucitec, 1997
- Menicucci, TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- Montaño, C. Terceiro setor e a questão social. São Paulo: Cortez, 2002.
- Mota AE. Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 2008.
- Neves, LMW (org). A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005.

- Neves, LMW (org). Direita para o social e esquerda para o capital. Intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil. SP: Xamã, 2010.
- Noronha JC; Lima LD; Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.
- Ocké-Reis, CO; Andreazzi, MFS e Silveira, FG. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? In. R. Econ. contemp., Rio de Janeiro, 10(1): 157-185, jan./abr. 2006.
- Oliveira, J. et al. O complexo previdenciário de assistência médica. Rio de Janeiro: Finep/Fiocruz, 1979.
- Oliveira, JA; Teixeira, SMF. (Im) Previdência Social: 60 anos de História da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1985.
- Paim, JA. Ações Integradas de Saúde: por que não dois passos atrás. Cad. Saúde Pública vol.2 no.2 Rio de Janeiro Abr./Jun. 1986, p.167-183.
- Parecer/Conjur/MTE/n. 508/2008. Minuta de PLS 131/01, que cria o Serviço Social da Saúde – SESS e Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde – SENASS.
- Paulani LM. O Projeto Neoliberal para a Sociedade Brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: Lima, JCF; Neves, LMW (org). Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 67-107.
- Pierantoni, CR. Avaliação de Processo na Implementação de Políticas Públicas: a Implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS) no Contexto das Reformas Setoriais. Physis, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 59-92, 2003.
- Poulantzas, N. O Estado, o poder, o socialismo. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- Projeto de Lei Complementar n. 45, de 2010. Autoria do Governador do estado de São Paulo Alberto Goldman. Altera a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais.
- Projeto de Lei do Senado n. 449, de 1999. Autoria do Senador Lúcio Alcântara. Altera o art. 43 da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), possibilitando aos hospitais universitários captar recursos provenientes de internações hospitalares.
- Projeto de Lei do Senado n. 131, de 2001. Autoria do Senador Geraldo Althoff. Cria o Serviço Social da Saúde (SESS) e o Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS). Apresentado em 07/08/2001. Situação atual – local: Comissão de Assuntos Econômicos; situação: matéria arquivada.
- Quintas, M. Caos na saúde. Revista + Saúde [periódico na Internet]. 2005 Jul-Set [acessado 2011 mai 12]; 5(5): 10 [cerca de 1 p.]. Disponível em http://www.cns.org.br/cns/msau/2005/ed_05_05.pdf

- Ribeiro, JM; Costa, NR; Silva, PLB. Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo. In. NEGRI B., GIOVANNI G (org). Brasil: radiografia da saúde. Campinas, SP: Unicamp, 2001.
- Rizzotto, MLF. O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2000.
- Rodrigues, J. O moderno príncipe industrial: o pensamento da Confederação Nacional da Indústria. Campinas: Autores Associados, 1998.
- Rodriguez Neto, E. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- Rodriguez Neto, E. Subsídios para a definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. In. Fleury, S; Bahia, L.; Amarante, P (org.) Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007, p.163-168.
- Sader, Eder. Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- Santos, NR. Entrevista: Nelson Rodrigues do Santos. Trab. Educ. Saúde, v.6 n.3, p.645-658, nov.2008/fev.2009.
- Scheffer, M; Bahia, L. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Editora Unesp, 2010.
- Scheffer, M; Bahia, L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. Interface Comunicação, Saúde e Educação v.15, n.38, p.947-56, jul./set. 2011.
- Soares, LTR. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.
- Sofia, J. Sistema S arrecadará R\$ 11,3 bilhões neste ano. Folha.com - Mercado, 10/07/2010. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/764871-sistema-s-arrecadara-r-113-bilhoes-neste-ano.shtml>. Acesso em 20/out./2010.
- Teixeira, SMF, coordenadora. Antecedentes da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: ENSP, 1988.
- Ugá, MAD; Porto, SM. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 473-505.
- Vieira, E. Os direitos e a política social. São Paulo: Cortez, 2009.
- Werneck Vianna, M. Seguridade social brasileira no contexto das políticas públicas. Texto ocasional. Rio de Janeiro, 2004 (mimeo).

Wood, E. Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 2003.

Xavier, AS.; Carneiro, E. Controle Externo exercido pelo Tribunal de Contas da União sobre as entidades integrantes do sistema 'S'. Brasília: Tribunal de Contas da União. Curso de Especialização em Orçamento e Contabilidade Pública, 2006.

Anexos

1. Termo de consentimento livre e esclarecido

Projeto “Entidades empresariais na política nacional de saúde na primeira década de 2000”
(protocolo 57/11)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa Entidades empresariais na política nacional de saúde na primeira década de 2000, desenvolvida por **Ialê Falleiros Braga**, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Sarah Escorel e co-orientação da Professora Dra. Lígia Bahia.

Objetivo central: O objetivo central da pesquisa é compreender o papel político da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (Confederação Nacional de Saúde), entidade sindical patronal atuante na área da saúde, e suas interfaces com a política nacional de saúde.

Por que você está sendo convidado: o convite a sua participação se deve à sua atuação, como membro ou afiliado junto à Confederação Nacional de Saúde, ou como representante de instituição estatal que define políticas para o setor privado na área da saúde. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Mecanismos para garantir o sigilo e privacidade: O material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados ao final deste Termo.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa: a sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado. Uma vez gravada, será transcrita e alguns trechos poderão ser utilizados na tese e nos artigos relacionados a ela, devidamente identificados como parte do depoimento realizado por você para a pesquisa, constando seu nome e o nome da entidade/instituição onde você atua.

Tempo de duração da entrevista: o tempo de duração da entrevista previsto é, no máximo, duas horas.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa: a entrevista será transcrita e armazenada, em arquivo digital, mas somente terão acesso à mesma, na íntegra, a pesquisadora e suas orientadoras. No entanto, trechos da entrevista poderão ser

utilizados como fonte primária no corpo do texto da tese e dos textos redigidos a partir dela, devidamente identificados como parte do depoimento realizado por você. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 05 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Benefícios diretos (individuais ou coletivos) aos sujeitos da pesquisa: O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de esclarecer aspectos pouco registrados acerca da trajetória institucional da Confederação Nacional de Saúde, bem como das interfaces entre a agenda empresarial na saúde e as políticas estabelecidas em âmbito estatal, contribuindo para a construção do conhecimento sobre o papel da Confederação Nacional de Saúde e suas interfaces com a política nacional de saúde entre os anos 1990 e 2010.

Previsão de riscos ou desconfortos: o risco possível é o cansaço, dado o tempo de entrevista, com previsão de tempo de duas horas.

Sobre divulgação dos resultados da pesquisa: os resultados serão divulgados em artigos científicos e na tese.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome do participante)

Ialê Falleiros Braga – Doutoranda na ENSP/FIOCRUZ

Contato com a pesquisadora responsável:

Tel. (0XX) 21- 3865-9754

E-Mail: iale@fiocruz.br

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - (0XX) 21- 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

2. Roteiro de entrevista com representantes das entidades empresariais de saúde

Projeto “Entidades empresariais na política nacional de saúde na primeira década de 2000”
(protocolo 57/11)

(Ligação do gravador, leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido)

1. O que motivou a criação da Confederação Nacional de Saúde?
2. Que grupos e/ou entidades a fundaram?
3. Os atuais diretores da Confederação pertencem a essas entidades? Existe uma composição dos diferentes tipos de afiliados nessa atual diretoria? E antes?
4. Quais eram os principais pontos da pauta de trabalho da CNSa nos anos 1990?
5. Quais as principais dificuldades enfrentadas pela Confederação para implementação dessa pauta de trabalho?
6. Quais são os principais pontos da pauta de trabalho da Confederação na primeira década de 2000?
7. Que dificuldades são enfrentadas pela CNSa para implementação dessa pauta de trabalho na atualidade?
8. Como a Confederação se relaciona com o Ministério da Saúde e com o Conass e Conasems? Audiências? Documentos? O senhor é recebido pelo Ministro? Pelos secretários?
9. Como a CNSa se relaciona com a Confederação das Misericórdias? E com a FBH? Cite pontos comuns de interesse. Cite eventuais tensões.
10. Como a CNSa se relaciona com a Associação Médica Brasileira (AMB)? E com o Conselho Federal de Medicina (CFM)? Cite pontos comuns de interesse. Cite eventuais tensões.
11. Quem representa os interesses da Confederação na Câmara dos Deputados e no Senado? O senhor participar de reuniões e articulações com parlamentares? Com que frequência?
12. A CNSa vem pleiteando no Legislativo a criação do sistema S da Saúde (SENASS e SESS). O que esse sistema traria de diferente para a área? Como andam as negociações? Qual será o impacto dessa inovação no sistema de saúde?
13. Como a entidade atua na representação de prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde? Tem sido difícil conciliar interesses?
14. Como e qual a magnitude de recursos já obtidos pelo setor junto ao BNDES? Qual é a perspectiva de expansão desses recursos?

15. Qual sua avaliação sobre o impacto das iniciativas de fornecimento de créditos e adiantamento de recebíveis pela rede bancária comercial?
16. Na sua avaliação, qual será o impacto para o setor, em termos de financiamento, da regulamentação da Emenda Constitucional n. 29?
17. O que é a International Hospital Federation (IHF), entidade também presidida pelo presidente da CNSa? Qual é sua agenda? Que relações possui com a agenda da Confederação?
18. A CNSa é co-organizadora da feira Hospitalar e dos fóruns de discussão que ocorrem em seu interior. Qual a importância desse evento e de outros eventos desse tipo para a entidade?
19. A CNSa tem uma publicação trimestral, a revista + *Saúde*. Qual é o papel dessa publicação?
20. A CNSa vem atuando em vários fóruns públicos na área de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde, a Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde (ANS) e o Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil do Grupo Executivo do Complexo Industrial de Saúde (GECIS). Quais são as interfaces entre sua agenda e a desses fóruns?
21. A CNSa atua, também, em fóruns públicos de discussão na área de trabalho e formação profissional, como o Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (CODEFAT) e o Conselho Curador do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CCFGTS), compondo a delegação oficial brasileira participante da Conferência da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 2009. Quais são as interfaces entre sua agenda e a desses fóruns?
22. O conceito de governança e responsabilidade social são relevantes no dia a dia da atuação da Confederação? O senhor poderia citar exemplos?
23. Como sindicato, a CNSa atua nas negociações trabalhistas. Que questões enfrenta, nessa área?
24. Há outros fóruns onde a entidade atua, que merecem destaque? A entidade vem pleiteando participação em algum outro fórum?

3. Roteiro de entrevista com representantes do poder público, atuantes em instituições com interface com as entidades empresariais de saúde

Projeto “Entidades empresariais na política nacional de saúde na primeira década de 2000”
(protocolo 57/11)

(Ligação do gravador, leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido)

1. Os conceitos de governança e responsabilidade social são relevantes para a atuação no dia-a-dia desta instituição. O senhor poderia citar exemplos?
2. Na sua avaliação, há equívocos quanto ao grau ou natureza da intervenção estatal no setor? O que poderia ser aprimorado? Cite exemplos
3. Quais são os instrumentos regulatórios que o senhor considera mais efetivos para normatizar as relações com as iniciativas privadas na assistência à saúde?
4. Sua instituição tem ou pensa em desenhar instrumentos para a substituição ou constituição de novos instrumentos regulatórios? Quais?
5. Qual sua análise sobre a efetividade da constituição de fundos financeiros para assegurar a sustentabilidade do setor? Cite exemplos.
6. Qual sua análise sobre a efetividade da constituição e ampliação do crédito às empresas e prestadores de serviços? Cite exemplos.
7. Qual sua análise sobre a efetividade de políticas de redução de impostos? Cite exemplos.
8. Qual sua análise sobre a efetividade de políticas de redesenho da complementaridade entre os serviços públicos e privados? Cite exemplos.
9. Quais são as solicitações da CNSa para sua instituição/departamento/setor?
10. Quais são as solicitações da ANAHP para sua instituição/departamento/setor?
11. Quais são as solicitações do Sindicato de Hospitais para sua instituição/departamento/setor?
12. Na sua avaliação quais são os pontos comuns dessas solicitações? E os divergentes?
13. Como seu departamento/setor atua na negociação de interesses (por vezes conflitantes) de prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde? Cite exemplos.
14. Percebe algum movimento de integração entre essas entidades, no sentido de construir uma agenda comum para apresentarem à instituição onde o senhor trabalha? Existe *lobby*?

15. Seu departamento/setor interfere nesse processo de integração? Em caso afirmativo, quais são os contrapesos para evitar a ação de *lobbies*?
16. O senhor já participou de eventos organizados pelas entidades de representação de entidades empresariais? Quais? Na sua avaliação, este modo de participação contribui para a efetividade da regulação?
17. Existem riscos de captura que possam prejudicar a atuação de sua instituição/departamento/setor? Se sim, como evitá-los?
18. Qual sua avaliação sobre o projeto de Lei Geral das Agências? Com a aprovação haverá alguma alteração na sua rotina de trabalho?
19. Qual sua avaliação sobre a criação do sistema S da saúde? Com a aprovação, haverá alguma alteração na sua rotina de trabalho?