

Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT

Privatization of healthcare in Brazil: from big capital dictatorship to the PT administrations

Juliana Fiuza Cislaghi*

Resumo – A construção do SUS se dá durante a ascensão do neoliberalismo como horizonte político hegemônico no Brasil na década de 1990. Resposta à crise do capital na busca pela retomada das taxas de lucro, o período traz profundas implicações para o Estado e as políticas sociais, colocados, cada vez mais, a serviço do capital, ainda que, residualmente, mantenham seu papel de garantir a reprodução da classe trabalhadora e a coesão social. Essa relação histórica entre público e privado no setor de saúde brasileiro, intercedida pelo papel do Estado e do fundo público na sua regulação e financiamento, irá, então, ganhar novos formatos e novas determinações. **Palavras-chave:** política de saúde; privatização; fundo público.

Abstract – The creation of SUS (the Brazilian Unified Healthcare System) occurs during the rise of neoliberalism as the political hegemony arising in Brazil in the 1990s. Responding to the crisis of capital in search of a return to profit rates, this period brought profound modifications to the Brazilian state and to social policies, which are increasingly put at the service of capital, even if, in the long run, they maintain their role of guaranteeing the reproduction of the working class and social cohesion. This historical relationship between public and private in the Brazilian healthcare sector, interceded by the roles of the state and of public funding in its regulation and financing, respectively, will then gain new formats and new determinations.

Keywords: healthy Policy; privatization; public fund.

*Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela UERJ. Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social Uerj. E-mail: <fiuzajuliana@yahoo.com.br>. ORCID: <<https://orcid.org/0000-0001-5059-1126>>.

Introdução

Grandes multinacionais que atuam no segmento de saúde têm investido forte no Brasil ou estão pensando em investir. O que as atrai? Mercado. Temos o maior sistema nacional público universal e gratuito do mundo. (Entrevista do Ministro da Saúde Alexandre Padilha ao Jornal Valor Econômico em outubro de 2012)

A afirmação do ex-ministro pode parecer paradoxal, sob uma ingênua primeira vista. Esse artigo¹, fruto da tese de doutorado *Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público-privadas e valorização do capital*, defendida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em abril de 2015, vai explicar, exatamente, por que não é.

O setor da saúde no Brasil sempre foi, ainda antes da Constituição de 1988, majoritariamente privado, com subsídios do fundo público. Com a Constituição e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), vivemos uma ampliação do sistema público, porém a conservação do setor privado como complementar ao público manteve as contradições na relação entre esses dois setores, bem como a disputa aberta, e mais acirrada, pelo fundo público.

A construção do SUS se dá no momento da “contrarrevolução monetarista” (NUNES, 2007), em curso desde a década de 1970 em vários países, que alcança o Brasil nos anos 1990 e rapidamente se torna hegemônica em todo o mundo. Resposta à crise do capital na busca pela retomada das taxas de lucro, o período que se convencionou chamar de neoliberal traz profundas implicações para o Estado e as políticas sociais. Ambos são colocados, cada vez mais, a serviço do capital, ainda que, residualmente, mantenham seu papel de garantir a reprodução da classe trabalhadora e a coesão social. Essa relação histórica entre público e privado no setor de saúde brasileiro, intercedida pelo papel do Estado e do fundo público na sua regulação e financiamento, irá, então, ganhar novos formatos e novas determinações.

Na primeira parte desse artigo, discutimos a trajetória histórica de privatização no Brasil e, na segunda parte, o capital privado na saúde até os governos do PT. Nosso objetivo foi construir uma crítica da economia política da saúde, partindo da hipótese de que os mecanismos de apropriação privada de fundo público vêm dando suporte para a subsunção real ao capital no setor da saúde na atualidade.

¹ Não poderíamos deixar de agradecer à orientadora Elaine Rossetti Behring e à banca, composta por Marilda Iamamoto, Maria Inês Souza Bravo, Sara Granemann, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi e Ivanete Boschetti. Sem a leitura cuidadosa, o debate caloroso e as sugestões generosas de todas elas, dificilmente seriam possíveis os resultados alcançados.

Marcos históricos da privatização da saúde no Brasil

Foi na ditadura militar, ditadura do grande capital², que o Brasil entrou definitivamente numa fase de ampliação da concentração e centralização do capital, com a superioridade do capital imperialista: passamos ao predomínio dos monopólios e do capital financeiro, com o favorecimento e o impulso do Estado (IANNI, 1981). No campo da saúde, a ditadura significou, em primeiro lugar, uma inversão de prioridade da saúde pública, organizada pelo Ministério da Saúde, para a saúde curativa, individual.

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve, no período, um declínio maior que aquele ocorrido no início dos anos 60, e a medicina previdenciária cresceu, principalmente, após a reestruturação do setor em 1966. (BRAVO, 2010, p. 42).

No que se refere ao subsetor de serviços, é no período da ditadura que a cobertura, antes restrita aos segmentos assalariados formais, se expande para quase a totalidade da população. Durante todo o período ditatorial, o Estado interviu sobre a Questão Social por meio do binômio repressão-assistência, ampliando o acesso a inúmeras políticas sociais, dentre elas a saúde (BRAVO, 2010, p. 41), mas essa ampliação se deu pela compra de serviços do setor privado. Sem o Estado, o setor privado não teria como forjar autonomamente um mercado consumidor, dada a pauperização da população (BRAVO, 2010; MENICUCCI, 2007).

Desde o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) até a formação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em 1977, a prestação dos serviços de saúde era organizada pelo Estado por três subsistemas: o próprio, o contratado e o conveniado.

O subsistema próprio caracterizava-se por cobrir os serviços ambulatoriais (70% da cobertura na década de 1970) e minoritariamente os serviços de internação vinculados aos hospitais (20%). No que tangia aos serviços hospitalares, cabia ao Estado garantir os procedimentos mais caros e complexos, pouco lucrativos para o setor privado, o que se perpetua até hoje (MENICUCCI, 2007).

O subsistema contratado era formado pela rede de serviços privados, para suprir a suposta insuficiência do setor público. Esse subsistema era responsável por 80% dos serviços de internação, sendo remunerados com base em uma tabela de preços por ato médico, chamada unidade de serviço (US). Assim, quanto mais intervenções, e quanto mais complexas e

² “Uma coisa é a ditadura militar, que é mais visível na época; outra é a ditadura da grande burguesia, do grande capital, que determina as principais características do Estado ditatorial. Nem sempre as classes dominantes exercem diretamente o governo. Não precisam; não é conveniente” (IANNI, 1981, p. 1).

com maior densidade tecnológica, maiores eram os ganhos do setor privado contratado, estimulando, ainda, a corrupção e o superfaturamento (MENICUCCI, 2007). Além de representarem a maior parte das internações cobertas pelo INPS, era esse instituto o responsável pelo pagamento de 90% do total de internações realizadas no país durante a década de 1970, comprovando a centralidade do fundo público no crescimento dos serviços hospitalares privados de saúde no Brasil.

Além da compra de serviços, foi por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado pela Lei n. 6168 de 9 dezembro de 1974, que se ampliou a construção de hospitais da rede privada. Apesar de a lei prever que os empréstimos a juros baixos concedidos para financiamento de infraestrutura deveriam ser no limite de 30% para o setor privado e 70% para o público, no caso da saúde, 20,5% foram para o setor público e 79,5% foram para o setor privado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

O terceiro subsistema era o conveniado, no qual o INPS garantia subsídios para que as empresas arcassem com a atenção médica a seus empregados. Poucas empresas tinham serviços próprios. A maioria comprava serviços de empresas médicas, que são remuneradas por um sistema de pré-pagamento *per capita*, independente do uso de serviços. Essas empresas médicas são a gênese das empresas de planos de saúde, e a lógica dos planos por empresas com subsídios estatais³ “ hoje o principal mercado para essa atividade “ tem nos convênios com o INPS sua origem e um estímulo fundamental para seu crescimento (MENECCUCCI, 2007; OCKÉ-REIS, 2012). Ainda assim, os convênios não cobriam atendimentos mais complexos, que ficavam por conta da rede pública do INPS.

Em 1968, foi elaborado o Plano Nacional de Saúde. Embora tenha sofrido resistências, sendo apenas parcial e experimentalmente implantado, seus eixos são paradigmáticos no privilegiamento do setor privado e semelhantes às propostas privatistas que disputam as ações do Estado até hoje. O plano atribuía ao Estado as atividades de assistência à saúde, mas preferencialmente pela compra de serviços privados. Desse modo, garante a livre escolha pelo médico e pela instituição, copagamento dos usuários e, até mesmo, arrendamento de hospitais públicos para o setor privado, proposta semelhante aos novos modelos de gestão atuais (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Os subsetores de medicamentos e equipamentos também cresceram no período da ditadura. Em 1971 foi criada a Central de Medicamentos (Ceme), com a proposta de ampliar a capacidade competitiva da indústria nacional frente às transnacionais, o que efetivamente não ocorreu. A Ceme se limitou a ser uma distribuidora de medicamentos para a rede oficial. No subsetor de equipamentos, o crescimento, vinculado ao da rede hospitalar, também se deu com privilégio para o capital imperialista: entre

³ Em 1979 os convênios entre empresas e o INPS são extintos, mas desde 1974 a legislação garantia dedução do imposto de renda dos gastos de saúde das empresas com seus empregados, que são integralmente considerados gastos operacionais, modelo vigente até hoje (MENECCUCI, 2007).

1961 e 1970 houve uma ampliação de 599,9% das importações desses produtos. Criava-se, assim, o complexo médico-industrial “responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos” (BRAVO, 2010, p. 44).

A partir de meados da década de 1970 se fortalece um movimento contra-hegemônico que incidirá na Constituinte, na década seguinte, liderando a proposta de reforma da política de saúde. O Movimento Sanitário, como ficou conhecido, contava com profissionais de saúde, intelectuais – muitos ligados ao Partido Comunista Brasileiro (PCB) – e movimentos populares, notadamente associações de moradores e de favelas. Para veicular essas novas elaborações foram criados a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), em 1976.

Ainda que muito heterogêneo, o Movimento Sanitário capitaneou as propostas publicistas no campo da saúde. As perspectivas centrais se dividiam em propostas racionalizadoras, oriundas da burocracia estatal, e propostas mais amplas, política e ideologicamente. Essas últimas visavam à democratização da saúde como caminho para a transformação da sociedade, associando a prática da saúde à luta de classes, determinada estrutural e conjunturalmente (BRAVO, 2010; MENICUCCI, 2007). A saúde é considerada campo político e a elevação da consciência sanitária da população estaria articulada à construção do socialismo, à elevação da consciência da classe trabalhadora para si.

Apesar disso, a década de 1980 será marcada pelo crescimento do setor privado de saúde, ainda que se reduza nesse período a transferência de fundo público para esse setor. Os gastos da Previdência com o setor privado de saúde passaram de 71,3% do total, em 1981, para 45,9% em 1987, incluindo pagamentos de prestadores de serviços e repasses para entidades conveniadas. Passou-se, ainda, a priorizar as entidades filantrópicas, que cresceram cerca de 76% entre 1981 e 1987, alcançando 10% da despesa com prestadores privados. Já os convênios com empresas e sindicatos deixaram de ser feitos e renovados, reduzindo em 86,6% os gastos com essa modalidade no mesmo período (MENICUCCI, 2007).

A crise da Previdência Social reduziu o valor pago aos prestadores privados e aos convênios, levando ao desligamento de entidades privadas lucrativas. A proporção de conveniados ao Inamps passa de 64,6% para 52,8% entre 1980 e 1984. Assim, o setor privado lucrativo “deixa de ser complementar à assistência pública e se torna suplementar [...]. Em reação às decisões públicas, mudaram as estratégias dos atores – hospitais e empresas” (MENICUCCI, 2007, p. 124).

Desse modo, crescem os planos de saúde, sobretudo os planos coletivos, vinculados aos contratos de trabalho, substituindo os convênios-empresa e mantendo certa continuidade com a lógica de segmentação

existente desde as caixas de aposentadoria e pensão no Brasil. Para Ocké-Reis (2012), os convênios-empresa seriam o princípio da “privatização do seguro social”, que, com o crescimento do mercado de planos, vai interditar o projeto da Reforma Sanitária. Mas, ao contrário dos convênios-empresa, não há subsídio direto do Estado, o que leva Meniccuci (2007) e Ocké-Reis (2012) a apontarem certa autonomização do crescimento do setor privado em relação ao Estado. Essa autonomização é, entretanto, apenas relativa, na medida em que seguem existindo incentivos tributários para adesão aos planos, além de “estratégias agressivas de comercialização de planos privados em um mercado, até o final da década de 90, sem qualquer regulamentação” (OCKÉ-REIS, 2012, p. 158).

A expansão da saúde privada também se beneficiou da crise da Previdência Social, que piorou a qualidade dos serviços de saúde. Ampliava-se a base de usuários dos serviços de saúde, tendendo à universalização, sem o acompanhamento do financiamento da política, que seguia vinculado às contribuições dos trabalhadores (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986; BRAVO, 2010).

A crise da Previdência está inserida na conjuntura de crise mundial do capital, que leva o Brasil a uma grave crise econômica caracterizada pelo baixo crescimento econômico, aumento da recessão, do desemprego e da inflação, agravada pela subordinação do país às exigências do capital financeiro internacional. A década de 1980 representou, portanto, uma derrota econômica para os trabalhadores, apesar das vitórias conquistadas no campo organizativo que levaram a ganhos nas políticas sociais no fim da década (MOTA, 2008).

A crise específica nas políticas de Previdência e saúde se inicia no início da década de 1980. No caso da saúde, as reformas implantadas até então não conseguem dar respostas às principais questões, como a unificação da saúde preventiva e curativa (BRAVO, 2010). Para Mota (2008) e Oliveira e Teixeira (1985), a chamada “crise da Previdência” não se resume aos aspectos financeiros, mas tem como fator deflagrador eminentemente aspectos políticos e ideológicos.

Mota (2008) chama de “cultura da crise” uma ideologia que tem como tese central a ideia de que a crise afeta toda a sociedade, que a recuperação econômica beneficiará igualmente a todos, e que, portanto, são necessários sacrifícios de todos. Essa cultura favorecerá a dissolução de solidariedades classistas, influenciando, no início da década de 1990, a emergência de movimentos sociais policlassistas e a proliferação de organizações não governamentais, abrindo caminho para ofensiva neoliberal.

Com a Constituição de 1988⁴, ao final de uma década de crise, e a posterior regulamentação do SUS pelas leis n. 8080/90 e n. 8142/90,

⁴ O texto constitucional aprovado vai refletir a disputa de projetos hegemônicos, avançando em aspectos como os direitos sociais, humanos e políticos, mas mantendo, por outro lado, traços conservadores, somando o novo e o velho, tão ao gosto da lógica nacional. “Uma Constituição programática e eclética, que em muitas ocasiões foi deixada ao sabor das legislações complementares” (BEHRING, 2003, p. 143).

institucionalizam-se as principais propostas do Movimento Sanitário. Para Bravo (2010, p. 93), o texto “atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica”. A saúde passa a ser direito universal e dever do Estado, organizado por um sistema único, numa rede com atendimento integral, hierarquizada, regionalizada, descentralizada e com participação da comunidade.

Contraditoriamente, entretanto, a participação do setor privado segue sendo possível como complementar⁵, ainda que sendo vedada a subvenção direta ao setor lucrativo, priorizando-se o setor filantrópico. Essa complementariedade trará muitas contradições ao SUS, chegando ao que hoje alguns autores têm chamado de “complementariedade às avessas”.

O setor privado de saúde no Brasil, da Constituição de 1988 aos governos do PT

O setor da saúde no Brasil, em 2009, movimentou 283,6 bilhões de reais, o equivalente a 8,8% do PIB, mas um gasto majoritariamente privado: 56,3% do total oriundo das famílias, em contradição com um sistema que deveria ser público e universal. O gasto público *per capita* por ano é de baixíssimos US\$ 335 no Brasil, enquanto que na Argentina é de US\$ 485 e no Reino Unido de US\$ 3,4 mil (VALOR SETORIAL SAÚDE, 2012).

No subsetor de equipamentos e medicamentos, chama atenção o déficit na balança comercial, que se estima ter sido, em 2012, de US\$ 12 bilhões. O déficit ocorre pois o Brasil precisa importar equipamentos de alta tecnologia e exporta, apenas, materiais de baixa tecnologia, como os de consumo. A lógica tributária também contribui, uma vez que o governo dá isenção tributária para importações de hospitais públicos e filantrópicos, prejudicando a concorrência de produtores nacionais, que reivindicam o mesmo tratamento.

O Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) promoveu uma linha de crédito para o subsetor farmacêutico e de equipamentos, o Programa de Apoio à Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma) em 2004, e em dez anos já haviam sido gastos R\$ 4,6 bilhões⁶ (ATENÇÃO BÁSICA, 2014). Todas essas medidas estimularam o consumo de medicamentos, tendo a indústria farmacêutica ampliado seu faturamento em 19% entre 2010 e 2012 (VALOR SETORIAL SAÚDE, 2012).

⁵ Segundo Ocké-Reis (2012) para a Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Econômico (OCDE) é considerada complementar à cobertura de serviços diferenciados, mas incluídos no sistema público.

⁶ A partir de 2018 o Profarma passou a fazer parte do Financiamento a Empreendimentos do BNDES (Finem) (BNDES, [2019]).

Esse movimento também foi estimulado pelo Programa Farmácia Popular⁷, uma estratégia implantada no início do Governo Lula que visava à ampliação do acesso da população mais pobre a medicamentos. O programa, no entanto, foi muito questionado pelos Conselhos de Saúde, pois estabeleceu um copagamento entre o Estado e os usuários, em que o primeiro arca com 90% do valor dos medicamentos e o segundo, com 10%, colidindo com as diretrizes do SUS, que preveem a assistência farmacêutica gratuita como parte da integralidade das ações.

Além disso, inicialmente pensado para estabelecimentos estatais, a partir de 2006 o programa foi ampliado para farmácias privadas, que passam a se favorecer desse mecanismo de transferência de fundo público (BRAVO; MENEZES, 2011). Em 2014, as farmácias ligadas à Associação Brasileira de Redes de Farmácia e Drogarias (Abrafarma) registraram um aumento de 13,69% das suas vendas. Dessa alta, 10,94%, o equivalente a 272,2 milhões de reais, referiam-se ao Programa Farmácia Popular. A expectativa das farmácias era de manterem um crescimento acima de 10% por ano, já que as projeções apontavam que o mercado de medicamentos no Brasil iria dobrar de tamanho em cinco anos (ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

Independente de produzido ou não no Brasil, o movimento nos subsetores industriais de produtos farmacêuticos e de equipamentos é de múltiplas fusões e aquisições, sobretudo de empresas brasileiras por grandes empresas estrangeiras (VALOR SETORIAL SAÚDE, 2012), tendência de monopolização já indicada nesse trabalho. O Brasil é apontado como o terceiro país com mais fusões e aquisições no setor de saúde. Os pontos considerados positivos pelos investidores são: ritmo acelerado do crescimento de medicamentos genéricos; potencial de expansão do mercado de medicamentos patenteados para a classe média; falta de restrição para investimento do capital estrangeiro no setor de medicamentos; crescimento dos planos de saúde e aumento de incidência de doenças tais quais diabetes e hipertensão (*sic*). Essas fusões e aquisições têm contado com a participação acentuada de fundos de investimento como *private equities*⁸ (VALOR SETORIAL SAÚDE, 2012), o que demonstra o processo avançado de financeirização do setor.

Mas é o subsetor de serviços de saúde (hospitais, laboratórios de análises clínicas e centros de diagnósticos) “a menina dos olhos dos investidores dispostos a injetar recursos em fusões e aquisições de empresas no ramo de saúde” (VALOR SETORIAL SAÚDE, 2012, p. 62). Os hospitais privados lucrativos têm se beneficiado de recursos do fundo público por meio de empréstimos com condições favoráveis do BNDES.

⁷ Desde o governo Temer, em 2017, o Programa vem passando por reformulações (JANARY JR., 2018).

⁸ Segundo Enrico Vetori, sócio da área de ciência da vida e cuidados com a saúde da Deloitte, empresa de consultoria de mercado do Reino Unido: “A saúde é a bola da vez para o investidor. Instituições de *private equity* e capital de risco buscam oportunidades” (VALOR SETORIAL SAÚDE, 2012, p. 67).

Para os hospitais filantrópicos, o BNDES, por meio do programa BNDES Saúde, previa investir R\$ 730 milhões em 2012. O banco financiou a construção, modernização e ampliação de empreendimentos em saúde. Estima-se que o desembolso do banco com o setor privado de saúde tenha passado, entre os anos 2009 e 2014, de R\$ 94,5 milhões para R\$ 578 milhões, um aumento de 511%. Nos primeiros meses de 2014 já haviam sido liberados R\$ 201 milhões para o setor. No Brasil, hoje 68% da rede hospitalar é privada com fins lucrativos (VALOR SETORIAL SAÚDE, 2012; ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

No entanto, a legislação brasileira vetava, até 2014, a participação direta e indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde⁹, que só poderia aplicar recursos em planos de saúde e medicina diagnóstica. Assim, o capital estrangeiro comprou planos de saúde que possuíam redes próprias, burlando esse veto constitucional. Esse é o caso da Amil, uma das maiores empresas de planos de saúde do Brasil, que foi, em 2013, comprada pela empresa americana *United Health Group* por R\$ 9,8 bilhões.

Apesar de chamado suplementar, o sistema regulado é, de fato, substitutivo; isto é, para quem pode pagar são oferecidos um nível de tratamento, uma possibilidade de escolha e rapidez no acesso superior ao sistema público. Entretanto, os usuários continuam usando o sistema público para procedimentos não cobertos, em geral mais complexos e caros (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 54).

Ocké-Reis (2012) aponta mudanças substantivas no mercado de planos de saúde após sua regulamentação¹⁰, dentre elas a concentração das empresas¹¹. Esse fator, pela monopolização que acarreta, pode reduzir a qualidade e aumentar o preço dos serviços, contraditoriamente ao que é apresentado como objetivo da regulação. Além disso, a concentração cria maiores chances de “captura da Agência Nacional de Saúde (ANS)” pelas empresas, levando ao privilégio do lucro sobre as necessidades sociais.

Desse modo, Gaspari (2013) denunciou na imprensa o que chama de “porta giratória da ANS, isto é, a ida de executivos dos planos de saúde para a direção da ANS, e vice-versa”. Mauricio Ceschin, que presidiu a ANS entre 2009 e 2012, vinha da empresa Qualicorp. “Um diretor que veio dos quadros da Amil a eles retornou. Outro, saiu da Amil, passou pela

⁹ Em dezembro de 2014 foi aprovada a MP 656/14, sancionada posteriormente como Lei n. 13097/15, sem nenhum debate público, permitindo a entrada de capital estrangeiro em todos os subsectores da saúde. A medida vem sendo duramente contestada pelos movimentos sociais (FRENTE NACIONAL..., 2015).

¹⁰ Em 1999, foi criada pela MP n. 1928 e convertida na Lei n. 9961/2000 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia especial ligada ao Ministério da Saúde com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, responsável pela regulação dos planos de saúde individuais.

¹¹ Segundo Bahia e Scheffer (2010), em 2010 1/5 dos usuários de planos estavam vinculados às 6 maiores operadoras, metade dos usuários em 38 operadoras e 10% da população pulverizada em 750 operadoras. Dados do Valor Econômico apontam que, em 2011, os 40 maiores grupos já concentravam 70% da população e que, após a regulamentação da ANS, cerca de mil empresas de plano de saúde saíram do mercado (VALOR SETORIAL SAÚDE, 2012).

agência e hoje está na Unimed. Um quadro da Hapvida que litigava contra a ANS tornou-se seu diretor-adjunto”.

Todos esses mecanismos servem para garantir os enormes lucros das empresas de planos de saúde, em geral sociedades por ações, vinculadas ao setor financeiro da economia. Segundo dados de setembro de 2012, existiam no Brasil 1245 operadoras de planos médico-odontológicos¹², com uma clientela de 47,6 milhões de pessoas. O faturamento global dessas operadoras foi, em 2011, de 85,5 bilhões de reais. Estima-se que em 2012 alcançou 100 bilhões de reais, mais do que o orçamento da União para a saúde no mesmo ano (CARVALHO, 2013).

Além disso, outros mecanismos garantem a transferência direta de fundo público para as empresas de planos de saúde. Isso ocorre, primeiro, por meio do pagamento de planos de saúde privados para o funcionalismo público. Outro mecanismo é a chamada “dupla porta”, isto é, a reserva de vagas para usuários de planos de saúde que passam na fila à frente dos usuários do SUS. Esse mecanismo foi formalizado na década de 1990 em hospitais especializados e universitários sob o pretexto de resolver déficits devido ao subfinanciamento. Contudo, tal prática não tem respaldo jurídico, sendo contestada inúmeras vezes, o que não reverteu a situação.

Apesar de os valores pagos pelos planos para os procedimentos serem superiores à tabela do SUS, esses recursos não cobrem os gastos fixos de custeio e de investimentos requeridos. Ou seja, “carece de substrato real a ideia de que o atendimento diferenciado aos pacientes de planos e seguros se converte na sobrevivência e na sustentabilidade de unidades do SUS” (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 117).

Ademais, os planos, ao não arcarem com procedimentos caros e complexos, passam seus usuários ao SUS. Entre 2005 e 2010, a internação de usuários de planos de saúde cresceu 59,7% no SUS (ALMEIDA, 2013). Esse mecanismo tentou ser corrigido com a lei de planos de saúde, que previa o ressarcimento das ações ao SUS nesses casos. Apesar disso, essa arrecadação é muito baixa, pois os planos entram com recursos administrativos e ações judiciais contestando a cobrança.

Todo o crescimento dos subsetores privados da saúde também não prescinde de benefícios fiscais oferecidos pelo Estado. A renúncia fiscal da União com saúde, para 2013, é da ordem de 20,9 bilhões de reais, segundo dados da Receita Federal. Em relação ao imposto de renda, 13,3 bilhões de reais (pessoas físicas, 9,9 bilhões de reais; e pessoas jurídicas, R\$3,4 bilhões de reais); para medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos, 4,2 bilhões de reais; e para as organizações filantrópicas, 2,6 bilhões de reais. Dois outros programas, para oncologia e deficientes, têm

¹² Essas operadoras atuam na esfera da circulação, oferecendo seguros que garantem acesso a certos serviços hospitalares e de médicos autônomos, cuja cobertura depende dos valores das apólices. Assim, parte dos lucros de hospitais, clínicas e serviços de saúde é dividido com as operadoras, como representantes do capital comercial. Algumas delas oferecem sua própria rede de serviços, associando capital comercial e produtivo.

uma desoneração esperada de mais de 8 milhões de reais (CARVALHO, 2013). No caso dos planos de saúde, as cooperativas médicas e os planos relacionados a entidades filantrópicas têm inúmeras isenções tributárias, incluindo sobre a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição Sobre o Lucro Líquido (CSLL), fontes de financiamento da saúde pública.

No caso da assistência suplementar, esses mecanismos de transferência de fundo público levam Bahia e Scheffer (2010, p. 131) a concluir que

torna[m] equivocada a afirmação de que os planos e seguros de saúde ‘aliviam’ ou desoneram o SUS. É plausível a assertiva inversa: são os serviços públicos que subsidiam e atuam como retaguarda para a assistência suplementar.

Ou seja, o cenário da saúde no Brasil, hoje, comprova a tese da necessidade estrutural do fundo público para a valorização do capital. Com isso, os recursos disponíveis para o financiamento da saúde pública se reduzem, sucateando os serviços e reforçando a ideologia de que o setor privado é mais eficiente apenas por sua capacidade de gestão de recursos. Efetivamente, o setor privado recebe mais financiamento, o que, no caso do subsetor de serviços, é destinado a um público muito inferior ao que precisa ser atendido exclusivamente pelo SUS, cerca de 75% da população, com repercussões na qualidade desses serviços. Também demonstra que o Estado tem um papel ativo na garantia de vantagens legais para determinados grupos privados, favorecendo a concentração e a internacionalização do capital no setor de saúde brasileiro.

Considerações finais

A saúde como política pública no Brasil estimulou e, ao contrário, nunca prescindiu do crescimento do capital privado, que, por sua vez, sempre dependeu de subsídios do fundo público. Mesmo com a construção do SUS, a partir da Constituição de 1988 e de suas leis complementares, essa realidade não se alterou, ainda que tenha tomado outras formas. Novos modelos de privatização – não clássicos, por dentro, “brancos”, conforme analisam diversos autores – têm sido criados e defendidos pelos diversos governos desde a contrarreforma do Estado de Cardoso.

Para o senso comum, a privatização da política só ocorre quando os serviços, equipamentos e medicamentos passam a ser pagos diretamente pelos consumidores. Essa interpretação é correntemente utilizada por governos e defensores da privatização, reforçando, capciosamente, que enquanto não há comércio e pagamento direto a política segue sendo pública, ainda que não estatal, no espírito da contrarreforma do Estado.

A privatização dos serviços de saúde, no entanto, ocorre quando esses não são organizados pela esfera do Estado por seus representantes eleitos, por seus funcionários concursados, por mecanismos constitucionais e por Conselhos de Saúde com representantes eleitos entre a população, mas por grupos privados. Nesses casos, os grupos privados se apropriam de fundo público, mesmo que sigam, em alguns casos, garantindo serviços gratuitos. Existem diversas formas de apropriação privada de fundo público: o consumo do Estado, o gasto tributário, a transferência direta de fundo público, a transferência direta de fundo público e patrimônio público (como no caso das organizações sociais) e as empresas públicas e sociedades de economia mista, que apesar de fazerem parte do Estado são reguladas por direito privado (CISLAGHI, 2018).

Apesar de um cenário desolador de avanço dos processos privatistas sobre os ganhos na construção do SUS, associado à cooptação de antigos defensores da Reforma Sanitária, a luta por saúde pública de qualidade, como sempre, continua viva. Os profissionais da saúde têm sido a vanguarda da resistência à privatização, o que tornou a precarização dos contratos de trabalho uma necessidade para seguir com os ataques privatistas. Ao acabar com a estabilidade garantida pelo RJU, os chamados “novos modelos de gestão” pretendem minar a autonomia relativa dos trabalhadores e a resistência de seus sindicatos. Como aponta Leys (2004, p. 110), não é fácil subordinar ao impulso para o lucro trabalhadores organizados e motivados a prestar um serviço público, que possuem valores ético-políticos profissionais e sociais na defesa dos direitos de seus usuários.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde ([2018]) constituiu-se no período mais recente em espaço de aglutinação de fóruns locais das entidades desses trabalhadores, além de organizações de estudantes e usuários do SUS. No caso dos usuários é ainda um desafio vencer as ideologias favoráveis à privatização, visto que a veiculação negativa permanente do SUS na mídia, a falta de profissionais e materiais nos serviços públicos, bem como alguns péssimos atendimentos e trabalhadores descompromissados, fazem com que qualquer alternativa se torne esperança de dias melhores.

Esperamos reforçar com estudos como o apresentado essas iniciativas de resistência protagonizadas por inúmeros sujeitos políticos à (muitas vezes insidiosa) privatização da saúde no Brasil. Com Iamamoto (2007, p. 452), acreditamos que “a investigação quando compromissada em libertar a verdade de seu confinamento ideológico, é certamente um espaço de resistência e luta”.

Referências

ALMEIDA, C. Internação de pacientes de planos na rede pública cresce 60%. *O Globo*, São Paulo, 12 maio de 2013. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/economia/internacao-de-pacientes-de-planos-na-rede-publica-cresce-60-8366688>. Acesso em: 13 maio 2013.

ATENÇÃO BÁSICA: desafio é fazer mais com melhor gestão dos recursos. *Valor econômico*, São Paulo, ago. 2014.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. *Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2010.

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

BNDES. *BNDES Finem – Produção de fármacos e medicamentos*. [2019]. Disponível em: <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/financiamento/produto/bndes-producao-farmacos>. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. B. de. *Cadernos de saúde*. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: Uerj, 2011.

BRAVO, M. I. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, 2010.

CARVALHO, G. Saúde pública. *Revista Estudos Avançados*, São Paulo, n. 27, 2013.

CISLAGHI, J. F. Privatização da gestão da saúde e precarização do trabalho no Brasil. In: RAMOS, A. et alli. (org.). *Serviço Social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação profissionais*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

FRENTE NACIONAL contra a privatização da saúde. [2018]. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/>. Acesso em: 12 mar. 2019.

FRENTE NACIONAL contra a privatização da saúde. *Manifesto: não à entrada do capital estrangeiro na Saúde!* 15 jan. 2015. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2015/01/0968.html#more>. Acesso em: 25 fev. 2015.

GADELHA, C. A. G. et al. *A dinâmica do sistema produtivo de saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GASPARI, E. *A porta giratória da ANS e das operadoras*. *Jornal O Globo*, 17 de junho de 2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/06/a-porta-giratoria-da-ans-e-das-operadoras/>. Acesso em: 24 abr. 2018.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempos de capital fetiche*. São Paulo: Cortez, 2007.

IANNI, O. *A ditadura do grande capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

JANARY JR. *Governo sugere reformulação do Farmácia Popular para pagar reajuste de agentes comunitários*. Câmara dos Deputados, 6 dez. 2018. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/566539-GOVERNO-SUGERE-REFORMULACAO-DO-FARMACIA-POPULAR-PARA-PAGAR-REAJUSTE-DE-AGENTES-COMUNITARIOS.html>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

LEYS, C. *A política a serviço do mercado: democracia liberal e interesse público*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MOTA, A. E. *Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 2008.

NUNES, A. J. A. *Keynesianismo e contrarrevolução monetarista*. Coimbra: Faculdade de Direito de Coimbra, 2007.

OCKÉ-REIS, C. O. *SUS o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(IM)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

VALOR SETORIAL SAÚDE: apoio à produção nacional. *Valor econômico*, São Paulo, out. 2012.

DOI: 10.12957/rep.2019.42502

Recebido em 12 de março de 2019.

Aprovado para publicação em 30 de março de 2019.



A Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.