Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FAFICH
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

CARMEM EMMANUELY LEITÃO ARAÚJO

ESTADO E MERCADO, CONTINUIDADE E MUDANÇA: A DUALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE NOS GOVERNOS FHC E LULA

Belo Horizonte
2017

CARMEM EMMANUELY LEITÃO ARAÚJO

ESTADO E MERCADO, CONTINUIDADE E MUDANÇA: A DUALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE NOS GOVERNOS FHC E LULA

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para a obtenção do título de Doutora em Ciência Política.

Orientadora: Profa. Doutora Eleonora Schettini Martins Cunha.

Belo Horizonte
2017

320
A688e
2017

Araújo, Carmem Emmanuely Leitão
Estado e mercado, continuidade e mudança [manuscrito] : a dualidade da política de saúde nos governos FHC E Lula / Carmem Emmanuely Leitão Araújo. - 2017.
366 f.
Orientadora: Eleonora Schettini Martins Cunha.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia

1.Ciência política – Teses. 2. Política de saúde - Teses.
I. Cunha, Eleonora Schettini Martins, 1960- .
II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA
CARMEM EMMANUELY LEITAO ARAUJO

Realizou-se, no dia 11 de setembro de 2017, às 14:00 horas, no Auditório Prof. Baesse da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada "*Estado e Mercado, Continuidade e Mudança: A Dualidade da Política de Saúde nos Governos FHC e Lula*", apresentada por CARMEM EMMANUELY LEITÃO ARAÚJO, número de registro 2013661236, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em CIÊNCIA POLÍTICA, à seguinte Comissão Examinadora: Profa. Eleonora Schettini Martins Cunha - Orientadora (DCP/UFMG), Profa Natália Guimarães Duarte Sátyro (DCP/UFMG), Prof. Juarez Rocha Guimarães (DCP/UFMG), Prof. Jose Angelo Machado (DCP/UFMG), Prof. Eduardo Levcovitz (UERJ).

A Comissão considerou a tese:

(X) Aprovada

( ) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 11 de setembro de 2017.

Profa. Eleonora Schettini Martins Cunha
Orientadora (DCP/UFMG)

Profa Natália Guimarães Duarte Sátyro
(DCP/UFMG)

Prof. Juarez Rocha Guimarães
(DCP/UFMG)

Prof. Jose Angelo Machado
(DCP/UFMG)

Prof. Eduardo Levcovitz
(UERJ)

Para Guilherme, Helena e Ulisses,
Razões/Sentidos de muitas transformações.
Lentas e Rápidas.

Para Ivan,
Desafio do meu olhar, pensar.
Sem ler nenhuma página, faz-se em todas elas.

AGRADECIMENTOS

Eu vim das dunas brancas e estou nas montanhas Gerais. Ao relembrar os lugares por que passei, identifico muitos que contribuíram para esta produção acadêmica, seja porque ‘junto’ criei o alicerce do meu vir a ser; seja porque a reflexão que me rege vem dos encontros. Portanto, sou grata a todos os gestores, trabalhadores e educadores, aqui ocultos, com quem convivi e aprendi.

Em destaque, agradeço àqueles que eu conheci na Universidade Federal do Ceará, em particular, no Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM), no Curso de Psicologia e, depois, no Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais. Com afeto, lembro-me de agradecer o incentivo de Cezar Wagner de Lima Góis, meu mestre e amigo de tantas horas. Sobre a minha passagem no Mestrado em Saúde Pública, agradeço os meus colegas e professores, em destaque o Ricardo Pontes, meu orientador e amigo, que me fez retornar à academia no momento em que nem a planejava. Para representar os lugares nos quais vivenciei o cotidiano da política de saúde, agradeço ao Luiz Odorico Monteiro de Andrade, que acreditou em mim para assumir funções que me oportunizaram muitas aprendizagens e, provavelmente, ensejou-me ensinar, com outros atores, pessoas dos serviços, da gestão ou das universidades. Extrapolando os muros da minha terra, reconheço a importância de muitas outras pessoas com quem convivi e refleti sobre a política de saúde, dentre as quais destaco Marilda Siriani e Gilson Caleman.

Já na Universidade Federal de Minas Gerais, tive a oportunidade de aventurar-me em um novo campo de conhecimento, com o objetivo de encontrar novas gramáticas para a análise de políticas de saúde. Com o apoio institucional da CAPES, aprendi com o corpo de docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Não tenho dúvidas, me transformei silenciosamente em cada disciplina cursada, em cada debate de que participei, e espero que o trabalho a seguir expresse isso, com a mesma excelência dos que hoje me sinto mais à vontade de chamar de pares. Sem pormenorizar as dívidas que tenho com cada professor e professora, nem especificar o apoio recebido de pessoas generosas, queridas, destaco os que cederam o seu tempo para contribuir diretamente com a orientação, leitura do trabalho, anotações, estímulos e críticas.

Assim, uma primeira confissão a ser feita: esta tese não é minha, é nossa. Em geral, os orientadores assumem o papel de guiar os alunos, muitas vezes em

função de suas linhas particulares de pesquisa. A parceria que construí com Eleonora Schettini M. Cunha, a Lola de tanta gente, sem nenhuma dúvida, é um caso à parte. Primeiro, porque o seu aceite em me orientar, sem demarcar o meu objeto, que nasceu de minhas inquietações, significou-lhe o exercício de aprofundar temas que não lhe eram habituais, embora ainda dentro do seu escopo de estudo. Segundo, porque a sua dedicação e sabedoria em construir junto o argumento e o desenho da pesquisa foram algo tão fundamental, que a tese seria menor sem a sua participação. Tudo isso ela fez com a doçura e leveza que lhe são próprias, deixando-me menos só nos dias de silêncio externo estonteante.

Ainda do DCP/UFMG, agradeço aos professores que conheceram dos rabiscos da proposta inicial até o produto final: Natália Sátyro e José Ângelo Machado. Além da admiração e carinho que tenho por ambos, eles me instigaram a buscar consistência teórica e metodológica em todas as fases da tese. Também agradeço a Telma Menicucci pelo seu trabalho ter inspirado o meu, dando uma série de pistas para pensar a trajetória da política pós-1988. Reconheço também a contribuição de Juarez Guimarães que trouxe a sua crítica perspicaz ao trabalho final, deixando-me imensamente alegre com a generosidade de suas palavras. Agradeço ainda a retaguarda constante de Alessandro e Thaís, ambos do secretariado do PPGCP-UFMG.

Eu agradeço a Eduardo Levcovitz, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que colaborou com a investigação, quase que por acaso, e, depois, presenteou-me com um parecer que me fez flertar com a vaidade. Preciso agradecer igualmente, por ter aceitado o convite para avaliar o trabalho, Gastão Wagner de Sousa Campos, da Universidade de Campinas, alguém que estimo de longa data pela contribuição teórica e prática no campo da saúde coletiva. Pena que a sua presença na defesa da tese não pôde se efetivar, mas que bom que a minha tese foi lida por ele e pude ter o prazer de receber a sua percepção também generosa. Ao Alcides Miranda, meu ex-professor na UFC e hoje docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, agradeço a amizade, a aprendizagem, e por me ter respondido prontamente o convite para participar da suplência da banca de defesa da tese. Ainda sobre contribuições, lembro-me de Cornelis Van Stralen, também da UFMG, uma pessoa por quem tenho grande apreço e que doou seu apoio por meio de críticas e sugestões ao projeto, depois tão alterado. Ao Carlos Aurélio Pimenta de Farias, da PUC Minas, devo as suas precisas sugestões na qualificação, sem

esquecer o seu valioso comentário acerca da Nota de Rodapé 27, que me ajudou a reencontrar aquela Carmem que se aventurava mesmo quando tinha poucas ferramentas.

Com grande reconhecimento, retribuo a atenção dos informantes da pesquisa. Não somente porque as suas lembranças e percepções fizeram-me confirmar e reavaliar vários dos achados que já haviam sido tratados pela via das fontes secundárias, e atinar para informações novas, mas também por terem me proporcionado momentos de um diálogo fluido, de doação de pensamentos, de aulas que nunca imaginei ter com pessoas tão reconhecidas no campo da saúde coletiva, sem pressa com o tempo. Pelas entrevistas, também pude conhecer atores de relevo no campo da saúde suplementar, o que me permitiu trazer outros olhares sobre o fenômeno da política de saúde e, assim, enriquecer a proposta do trabalho.

Por fim, preciso agradecer à parte mais íntima de mim. Da família que ganhei ao nascer, destaco minha mãe, Fátima Leitão, o meu mais forte e doce exemplo, que me entende e me atende nos aperreios da vida e da tese; o meu pai, pelo gosto em ajudar a nos 'formar'; o Fred e a Clícia, meu irmão e cunhada, que tanto me dão força e amor, além de um lindo sobrinho (Elias); o Guga, meu irmão-filho, que nos ensina, sem palavras, a importância da diferença; os meus avós paternos, que me acolheram e me amaram em sua passagem terrena. Da família que escolhi, eu agradeço à Teresa Martins, um presente vindo de mansinho que arrebentou numa grande amizade, e o amigo Adail Rollo, ambos por estarem perto e terem meus filhos como netos. Da família que faz de Minas minha morada, eu lhes agradeço por meio de um abraço à matriarca mais doce, minha sogra, Aparecida. Por último, não posso esquecer-me da Quinha, que amou meus filhos nos meses de maior dedicação à escrita.

Os anos do doutoramento foram bem difíceis, mas também foram de muitas alegrias, de descobertas e amor. Anos de casa aberta (literalmente) e cheia, de multiplicação. De filhos que se juntam e de netos que alegram. No dia-a-dia, Guilherme, Helena e Ulisses cresciam de seus diferentes modos, em seus tempos, fazendo-me feliz face ao desafio que significa ser estudante, profissional, mulher, mãe de três. Ivan se fez amor, cada dia mais do que o outro, adoçando o meu café, dando-me toda a retaguarda afetiva, material e intelectual. Com eles, nasceu esta tese.

RESUMO

Seja em seu aspecto normativo, quando vislumbrou a saúde como um direito social, seja no institucional, ao cogitar novas funções para o Estado, mudanças na política de saúde brasileira foram estipuladas pela Constituição Federal de 1988. A reformulação do setor se traduziu institucionalmente na criação do Sistema Único de Saúde – o SUS. Nada obstante, às vésperas de três décadas de fixação de um novo marco legal, a política de saúde apresenta uma trajetória dual, com fortes traços de mercadorização do direito à saúde, cuja principal expressão é a consolidação de um sistema composto por planos e seguros privados – a Saúde Suplementar. O objetivo desta tese foi o de explicar a dualidade da política de saúde, a despeito das inovações de âmbito jurídico-institucional e variações no cenário político, próprias do governo FHC e do governo Lula, respectivamente do Partido da Social Democracia Brasileira e do Partido dos Trabalhadores. A base teórica do estudo foi apoiada no neoinstitucionalismo, em especial naquilo em que a sua versão histórica compreende sobre a análise de mudanças em políticas públicas. Adotou-se o rastreamento de processo (*process-tracing*) como método investigativo. A dualização da política de saúde foi analisada a partir da descrição sequencial de evidências descobertas a partir de dados primários e secundários. Isso permitiu o resgate da história prévia à inscrição legal do SUS e, de forma sistemática, o rastreamento de decisões governamentais acerca do financiamento do SUS e da regulação da Saúde Suplementar nos dezesseis anos que compreendem os governos de FHC e Lula. Considerando a influência combinada do legado, das regras e dos atores, identificou-se a força causal de dois mecanismos: o feedback positivo e a dissonância institucional. Por fim, concluiu-se que, além de submetida à dependência de trajetória, a política de saúde resulta de uma permanente tensão entre a interpretação e a execução das regras, bem como da ação intencional de atores que buscam direcionar a política de saúde de acordo com as suas visões e interesses. Uma agenda de mudança incremental no SUS constitui-se permeada de desacordos sobre a proposta de universalização da saúde, independentemente do partido no comando do governo e da sua coalizão de apoio, os quais, por motivos diversos, por vezes distintos, agem para fortalecer o mercado neste setor.

Palavras-chave: Política de Saúde, Governo, Estado, Setor Privado.

ABSTRACT

Whether in its normative aspect, when it envisioned health as a social right, or an institutional one, when considering new functions for the state, changes in Brazilian health policy were stipulated by the Federal Constitution of 1988. The sector's reformulation was institutionally affirmed in the creation of the Unified Health System – SUS. Nonetheless, on the eve of three decades of establishing a new legal landmark, it is a fact that healthcare policy presents a dual trajectory, with strong traces of commodification of the right, with its main expression in the consolidation of a system composed by private plans and insurances – the Supplementary Healthcare, simultaneous with SUS. The goal of this thesis was to explain the duality of the healthcare policy, despite legal-institutional innovations and variations in the political context specific to the FHC era and the Lula era, respectively, the Brazilian Social Democracy Party and the Worker's Party. The theoretical basis for the study was neoinstitutionalism, in particular its historical approach, and how it currently understands the analysis of changes in public policy. Methodologically, a case study was presented using process-tracing as an investigative procedure. The dual aspect of the healthcare policy was analyzed with a sequential description of evidence, uncovered from primary and secondary data. This allowed the retrievement of the history prior to the legal inscription of SUS and, systematically, the tracing of governmental decisions regarding the SUS's financing and the regulation of Supplementary Healthcare, in the 16 years that comprise the governments of FHC and Lula. Considering the combined influence of three factors (the legacy, the rules, and the actors) a causal force of mechanisms was identified: the effect of increasing returns and institutional dissonance. It was concluded that healthcare policy results from a permanent tension between the interpretation and execution of rules, as well as the intentional action of actors that seek to direct healthcare policy according to their visions and interests. An agenda of incremental change in the SUS is made permeated with disagreements on the proposals of universalization of healthcare, regardless of the party in charge of the government and its support coalition which, for several reasons, sometimes different ones, act in order to strengthen the market in this sector.

Keywords: Health Policy, Government, State, Private Sector.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - A política pública de saúde antes e depois do SUS, aspectos selecionados 63

Quadro 2 - Tipos de mudança institucional: processos e resultados 100

Quadro 3 - Alterações da Lei 9656/1998 por MP's, conforme temas conflitantes. 239

Figura 1 - Modelo analítico para explicar modos de mudança institucional 68

Figura 2 - Mecanismos causais atuantes na política de saúde brasileira 107

Figura 1 - Regulamentação de Caixas e Institutos e a definição das fontes de recursos para a Quota previdenciária 131

Gráfico 1 - Evolução do tipo de despesa com serviços médico-hospitalares em relação à receita total da Previdência Social (1923-1949) 134

Gráfico 2 - Evolução do número de associados dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões por tipo de vínculo (1923-1946). 124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa e tipo de atendimento 73

Tabela 2 - Equipamentos selecionados de maior complexidade existentes em estabelecimentos de saúde, disponíveis ao SUS - Brasil 2009 74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ABRASPE Associação Brasileira Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas

ABRES Associação Brasileira de Economia da Saúde

ADIN Ação Direta de Inconstitucionalidade

ADPF Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

AGU Advocacia Geral da União

AMB Associação Médica Brasileira

ANS Agência Nacional de Saúde

ASPS Ações e Serviços Públicos de Saúde

AIS Ações Integradas de Saúde

ATRICON Associação dos Membros dos Tribunais de Contas

BID Banco Interamericano de Desenvolvimento

BNDES Banco Nacional do Desenvolvimento

CAMSS Câmara de Saúde Suplementar

CAPS Centros de Atenção Psicossocial

CCFGTS Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

CCJC Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania

CCJR Comissão de Constituição e Justiça e de Redação

CDCMAM Comissões de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias

CDES Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social

CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CENEPI Centro Nacional de Epidemiologia

CEO Centros de Especialidades Odontológicas

CESP Comissão Especial

CF Constituição Federal

CFT Comissão de Finanças e Tributação

CFT Comissão de Finanças e Tributação

CID Classificação Internacional de Doenças

CIEFAS Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde

CIS Complexo Industrial da Saúde

CIT Comissão Intergestores Tripartite

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNI Confederação Nacional da Indústria

CNPS Conselho Nacional de Previdência Social

CNS Conselho Nacional de Saúde

CNS Confederação Nacional de Saúde

CNSP Conselho Nacional de Seguros Privados

COAP Contrato Organizativo de Ação Pública

CODEFAT Fundo de Amparo ao Trabalhador

COFINS Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários Estaduais

CONCIDADES Conselho Estadual das Cidades

CONEP Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CONSU Conselho de Saúde Suplementar

CPMF Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CPP Contribuição Previdenciária Patronal

CREMESP Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CSLL Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

CSS Câmara de Saúde Suplementar

CSSF Comissão de Seguridade Social e Família

CUT Central Única dos Trabalhadores

DCD Diário da Câmara dos Deputados

DEM Democratas (Partido Político)

DESAS Departamento de Saúde Suplementar

DIFIS Diretoria de Fiscalização – ANS

DIGES Diretoria de Gestão – ANS

DIOPE Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras – ANS

DIPRO Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – ANS

DRU Desvinculação de Receitas da União

ESF Estratégia Saúde da Família

FEBRABAN Federação Brasileira dos Bancos

FENASEG Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização

FHC Fernando Henrique Cardoso

FIESP Federação das Indústrias do Estrado de São Paulo

FMI Fundo Monetário Internacional

FNT Fórum Nacional do Trabalho

FUNASA Fundação Nacional de Saúde

FUNDAP Fundação do Desenvolvimento Administrativo

HIV *Human Immunodeficiency Virus*

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços

IDSS Índice de Desempenho da Saúde Suplementar

IHH Índice Herfindahl–Hirschman

IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPI Imposto sobre produtos industrializados

IPMF Imposto Provisório sobre a Movimentação ou a Transmissão de Valores

IR Imposto de renda

IRPF Imposto de Renda das Pessoas Físicas

IRPJ Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas

ISAPRE *Instituiciones de Salud Previsional*

LDO Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA Lei Orçamentária Anual

MAREMinistério da Administração Federal e Reforma do Estado

MDS Ministério do Desenvolvimento Social

MEC Ministério da Educação

MNDC	Movimento Nacional de Defesa do Contribuinte
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra
MTL	Movimento Terra, Trabalho e Liberdade
MUB	Movimento de Unidade Progressista
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Pesquisa de Saúde Coletiva e Nutrição
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Plano de Aceleração do Crescimento
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PFL	Partido da Frente Liberal
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programas de Integração Social
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PLC	Projeto de Lei da Câmara
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária
PLS	Projeto de Lei do Senado

PMDB Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAU Política de Atenção às Urgências

POS Plano Obrigatório de Serviços

PP Partido Progressista

PPA Plano Plurianual

PPB Partido Progressista

PPS Partido Popular Socialista

Prona Partido de Reedificação da Ordem Nacional

PRONAS-PCD Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência

PRONON Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica

PSB Partido Socialista Brasileiro

PSDB Partido da Social Democracia Brasileira

PSE Programa Saúde na Escola

PSOL Partido Socialismo e Liberdade

PT Partido dos Trabalhadores

PTB Partido Trabalhista Brasileiro

PV Partido Verde

RDC Resolução de Diretoria Colegiada

REFORSUS Reforço à Reorganização do SUS

Reuni Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SADT Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia

SAMU Serviço Móvel de Urgência

SAS Secretário de Assistência à Saúde

SEDU Secretaria de Desenvolvimento Urbano

SGETS Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SGSSS Sistema Geral de Seguro Social em Saúde

SIOPS Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SNN *Servizio Sanitário Nazionales*

SOF Secretaria do Orçamento Federal

SUNAB Superintendência Nacional de Abastecimento

SUS Sistema Único de Saúde

SUSEP Superintendência de Seguros Privados

TCU Tribunal de Contas da União

TEIAS Territórios Integrados de Atenção à Saúde

UFMG Universidade Federal de Minas Gerais

UNE União Nacional dos Estudantes

UNIDAS União Nacional das Instituições de Autogestão

UPA Unidade de Pronto Atendimento

USP Universidade de São Paulo

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 22

2. ESTADO E MERCADO EM POLÍTICAS DE SAÚDE: UMA VISÃO SOBRE O PROBLEMA.. 32

2.1 O Estado e suas reinvenções em face ao mercado 33

2.1.1 Necessidades e contestações da Modernidade 33

2.1.2 Proteção social: diversidade e litígio 38

2.1.3 Oportunidade de mudança: o giro à esquerda na América Latina 47

2.2 Estado e mercado nas políticas de saúde 52

2.2.1 Os tipos ideais de sistemas de saúde 52

2.2.2 Sob a pressão do mercado: mudanças recentes 55

2.2.3 Inovações e restrições da política de saúde brasileira 61

2.3 O SUS não é único 66

2.4 A expansão da Saúde Suplementar em relação ao SUS 69

2.5 Síntese do capítulo 78

3. MUDANÇAS EM POLÍTICAS PÚBLICAS: A OPÇÃO TEÓRICA E ANALÍTICA 81

3.1 Entre vantagens e obstáculos: a potência da abordagem institucionalista 82

3.1.1 Politicas públicas como instituições 82

3.1.2 Múltiplas formas de pensar as instituições e suas mudanças 86

3.1.3 Ênfase na Estabilidade? 96

3.1.4 O dinamismo institucional como aclaração das mudanças 102

3.2 Aspectos metodológicos da pesquisa 110

3.2.1 Sobre o Caminhar Investigativo 110

3.2.2 A tessitura de fatores explicativos 114

3.3 Síntese do capítulo 122

4. LEGADO E NOVAS REGRAS NA SAÚDE BRASILEIRA: DELINEANDO FATORES ESTRUTURAIS 124

4.1 Políticas Prévias ao SUS 124

4.1.1 A raiz mutualista 124

4.1.2 A trama corporativista 127

4.1.3 O estabelecimento de novas ideias 138

4.1.4 O fortalecimento do setor privado 141

4.1.5 Processos de mudança em curso 150

4.2 Pós-1988: regras e primeiras decisões 158
4.1.2 Regras do SUS e suas brechas 158
4.2.1 Decisões acerca de um novo desenho 164
4.2.3 O conflito sobre a regulamentação da saúde suplementar 170
4.3 Síntese do capítulo 176
5. A POLÍTICA DE SAÚDE NO GOVERNO FHC 181
5.1 Governo FHC: inovações que limitam o papel do Estado 182
5.2 A política de saúde no programa governamental 193
5.3 Gestão Jatene: aclarando conflitos 195
5.3.1 A batalha para a aprovação da CPMF 199
5.3.2 Regulamentar a assistência privada: conflitos e não decisões 206
5.4 Gestão Albuquerque: o ano da saúde? 213
5.4.1 Mais tempo para a CPMF 216
5.4.2 A aprovação da regulamentação dos planos privados na Câmara 219
5.5 Gestão Serra (e Barjas Negri): o poder político como instrumento 222
5.5.1. CPMF: novamente na pauta 227
5.5.2 EC 29: uma solução para o financiamento? 230
5.5.3 Um grande acordo e a definição do Marco Legal da Saúde Suplementar 236
5.5.4 Sobre a ANS: conflitos e acordos 242
5.6 Síntese do capítulo 248
6. A POLÍTICA DE SAÚDE NO GOVERNO LULA 253
6.1 Da novidade de um partido à adaptação para governar 254
6.2 Nos Programas de Governo: assertivas e omissões 265
6.3 Gestão Humberto Costa: nas mãos do PT 268
6.3.1 Orçamento e EC 29: postergando decisões 274
6.4 Gestão de Saraiva e Agenor: a defesa do SUS que gera continuidade 281
6.4.1 E continua... o conflito sobre o financiamento 287
6.5 Gestão Temporão: na barriga do PMDB, uma agenda sanitarista 293
6.5.1 Novamente, o inconcluso? 302
6.6 Sem mudança de rumo, a agenda da 'universalização' do consumo 309
6.7 Síntese do Capítulo 320
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 325
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 337

ANEXOS..... 365
ANEXO 1 – Roteiro das Entrevistas..... 365
ANEXO 2 – Lista das Entrevistas..... 366

1. INTRODUÇÃO

Com o aceno da democracia, a possibilidade de mudanças substantivas foi posta à história brasileira, consubstanciada na promulgação de uma nova Constituição Federal, em 1988. Em seu aspecto normativo, essa Carta vislumbrou a ampliação de direitos sociais e, em sua dimensão institucional, fortaleceu o papel e definiu novas funções para o Estado. No campo da saúde, isso significou a afirmação de que a saúde é um direito de todos os cidadãos a ser garantido pelo Estado, o qual deveria se orientar por alguns princípios e diretrizes organizacionais que alterariam de forma radical o padrão anterior da política, até então alicerçado numa perspectiva corporativista e de fortalecimento do setor privado para uma lógica própria da seguridade social, com contorno socialdemocrata. Essa reformulação da política de saúde empunhou a criação e a implantação de um sistema de saúde de cunho universal – o Sistema Único de Saúde (SUS).

Às vésperas de completar três décadas de institucionalização do SUS, apreciam-se importantes inovações no desenho da política de saúde brasileira. Com o rompimento da separação entre a assistência (responsabilidade das instituições previdenciárias) e as medidas de saúde coletiva (obrigação do Ministério da Saúde), o Ministério da Saúde coordena um sistema público de saúde de base local que incluiu todos os cidadãos, com um financiamento baseado na lógica distributiva, não mais nas capacidades contributivas das famílias. A prestação de serviços e o financiamento tornaram-se descentralizados, com mecanismos de cooperação intergovernamental e participação social. Em termos assistenciais, foram definidas e estabelecidas muitas políticas e programas estabelecidos, que envolvem desde ações de prevenção e promoção até a assistência de alta complexidade, com melhorias em muitos dos indicadores de saúde da população.

Entretanto, a despeito desses avanços de ordem jurídico-institucionais e, por conseguinte, no que tange aos modos de atenção à saúde, a política de saúde parece limitada em sua capacidade transformativa. Diferentemente do que foi definido constitucionalmente e mesmo na legislação infraconstitucional, consolidou-se um sistema dual no país, composto por uma instituição que se guia pela ideia de universalização do direito – o SUS, e outra fundada na lógica de fortalecimento do mercado na proteção social – a Saúde Suplementar, que incidem em iniquidades no

acesso à atenção à saúde. Isso significa que, além de haver serviços privados que atendem de forma complementar os usuários do SUS, conforme esperado pelo próprio fato de a Constituição afirmar que o SUS é livre à iniciativa privada, existe um avultado mercado de assistência à saúde, de caráter suplementar. Esse último é composto por empresas que comercializam planos e seguros de saúde, em grande medida adquiridos por meio de acordos coletivos trabalhistas, o que representa cerca de um quarto da população com formas privadas de assistência à saúde. Como qualquer um desses beneficiários não perde o direito – como qualquer cidadão – de ser atendido por serviços coordenados pelo SUS, instituiu-se no país uma cobertura assistencial duplicada que reproduz assimetrias de acesso.

Apesar de também possuir os próprios dilemas, como o controle de custos e a garantia da qualidade da assistência prestada para atender aos seus segurados, a Saúde Suplementar dispõe de recursos superiores àqueles dispostos pelo poder público para a população que conta somente com o SUS, o qual assume uma série de atribuições não restritas à assistência. Com um financiamento público inferior ao privado no que diz respeito aos gastos com saúde no país, atualmente, por exemplo, são restritas as possibilidades de o Estado ofertar com qualidade a atenção hospitalar, especializada, e o apoio diagnóstico aos usuários do SUS, o que lhes rende vários obstáculos para acessar aos serviços públicos. Ofuscam-se, portanto, quaisquer que sejam os avanços do SUS nas últimas décadas, mesmo no que diz respeito à assistência, em que, mesmo com as baixas condições econômicas, algumas inovações são melhores do que o ofertado pelos planos e seguros privados, como a atenção às urgências e emergências, transplantes, AIDS e saúde mental.

Curiosamente, a dualidade da política de saúde também se expressa pela bifurcação da ação governamental. Ao mesmo tempo em que a União, por via do Ministério da Saúde, normatiza, coordena e financia uma política pública nacional de base local, pela ação da Agência Nacional de Saúde (ANS), ela normatiza, padroniza e fiscaliza os planos e seguros privados de saúde, de modo a corrigir falhas de mercado e aumentar a competição das empresas. No entanto, inexistem mecanismos básicos de integração entre o SUS e a Saúde Suplementar. Ainda mais sério, enquanto o SUS sofre com as restrições orçamentárias, o Estado cria mecanismos de incentivos financeiros indiretos à oferta e à demanda de planos

privados, especialmente quando mantém e cofinancia a assistência privada para o funcionalismo público e garante a isenção fiscal para aqueles que adquirem a assistência médico-hospitalar pela via da Saúde Suplementar (COELHO, 2016; MENICUCCI, 2007).

Para complexificar o problema, há fatos que sugerem cautela na presunção de que esse enquadramento da política de saúde deve-se fortemente às políticas neoliberais conduzidas pelos governos federais da década de 1990. Para relembrar, depois de engendrado o processo de estabilidade democrática, o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e o Partido dos Trabalhadores (PT) solidificaram-se para liderar e protagonizar o jogo político no país, representando diferenciações no entendimento do papel do estado na economia (MELO E CÂMARA, 2012) e nas políticas sociais (SATYRO E CUNHA, 2014). Em decorrência dos embates entre esses dois partidos e entre os blocos de apoio que eles agregaram em suas trajetórias, houve duas importantes variações governamentais no Brasil. A primeira delas, decorrida na década de 1990 e início dos anos 2000, deu-se pela experiência de governos de centro-direita, motivados por algumas premissas neoliberais, de forma estável nos oito anos de Fernando Henrique Cardoso, do PSDB, como presidente da República. A segunda variação se estabeleceu quando o PT exerceu o poder por mais de 13 anos, desde a posse de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, até 2016, quando a presidente Dilma Rousseff foi impedida pelo Congresso de permanecer em seu ofício delegado pelo voto popular.

Essa alternância de poder é relevante porque, em geral, governos que adotam ideologias liberalizantes tendem a focar a economia (mercado) como delimitador do Estado e um dos principais provedores das demandas sociais, inclusive criando empecilhos às reformas sociais universais. Em alternativa, era esperado que governos de esquerda antepusessem o Estado como formulador da sociedade e da economia, provendo as necessidades sociais a partir de agendas programáticas e da condução de reformas impelidas para a igualdade social (BEASLEY-MURRAY et al., 2010; CAMERON, 2009; LEVITSKY E ROBERTS, 2011).

Pode-se afirmar que o PT concentrou por muitos anos as esperanças de alavancar o SUS em razão de questões ideológicas e de suas bases nos movimentos sociais e de trabalhadores. Contudo, a sua ascensão ao poder não

alterou a trajetória de consolidação do mercado na política de saúde, iniciado nos governos anteriores, a despeito de um projeto desenvolvimentista que tinha em seu horizonte o robustecimento do papel do Estado no crescimento econômico e na promoção de políticas sociais. Apesar da implantação de novas políticas e ações e do aumento do gasto federal com saúde, bem como o aprimoramento de algumas estratégias, em última instância, o ocorrido foi o afincamento de um mercado de assistência privada, o que implica em tenacidades de iniquidades assistenciais. Ou seja, contrariando as expectativas não só dos atores do setor, mas também da literatura sobre partidos, a ascensão de um partido com tradição na esquerda ao poder não representou inflexão na política de saúde brasileira.

Diante deste problema, o objetivo geral desta investigação foi o de explicar a dualidade percebida no campo da saúde, em que se evidencia a persistência da mercadorização do direito à saúde, a despeito das inovações de âmbito jurídico-institucionais que apontavam na direção do fortalecimento do papel do Estado na atenção à saúde e das variações no cenário político, próprias do governo FHC e governo Lula. Em derivação, a questão que impeliu esse estudo foi movida por uma assertiva apriorística, aqui apresentada em forma de pergunta norteadora, qual seja: o que explica a dualidade do campo da saúde no Brasil, evidenciada pela coexistência de um sistema público de caráter universal e um sistema privado, distinto daquilo definido no seu marco legal, e que não se altera, mesmo quando um governo de esquerda assume o poder? Complementarmente, quais fatores e mecanismos podem explicar essa dualidade na política de saúde, em conflito com a inovação institucional trazida pela Constituição Federal de 1988, que estrutura um sistema público em moldes universalizantes?

Para responder a essa questão, parte-se da compreensão de que as políticas públicas podem ser tratadas como instituições, dada a clássica alegação de que elas também são regras do jogo, relativamente permanentes ao longo do tempo e necessárias para estabelecer certa previsibilidade ao comportamento dos atores (PIERSON, 2004). Mais precisamente, esta pesquisa adota a versão histórica do neoinstitucionalismo, que dá retaguarda ao pressuposto de que a política de saúde é um instrumento de distribuição de recursos, carregada de implicações de poder (MAHONEY e THELEN, 2009, p.8). Tal como qualquer instituição, ela gera padrões desiguais de mobilização e alocação de recursos, não só os econômicos, mas

também informacionais, administrativos etc., de modo a beneficiar alguns atores mais do que outros, além de condicionar ideias, interesses e estratégias dos atores. Diante de inevitáveis consequências distributivas, as políticas de saúde geram e acontecem em espaços repletos de tensões e disputas entre atores, com diferentes motivações e graus distintos de poder. Com essas características, os agentes tendem a estabelecer compromissos políticos ambíguos e explorar as regras de acordo com os seus objetivos (HALL E THELEN, 2009 MAHONEY E THELEN, 2009; THELEN, 2004; STREECK E THELEN, 2005).

Geralmente, essa abordagem neoinstitucionalista está associada à sua capacidade de explicar a persistência de instituições, por meio da análise de fatores endógenos, como as regras e assimetria de poder, bem como a valorização dos efeitos de mecanismos de *feedback positivo*, em especial o de dependência de trajetória. Numa outra via, ela pode ser lembrada por explicar a descontinuidade do equilíbrio (equilíbrio pontuado), em decorrência de contingências históricas, geralmente não intencionais e de origem externa, consideradas como eventos críticos, que realinham crenças, preferências e escolhas dos agentes em relação à instituição (SCOKPOL E PIERSON, 2008; IMMERGUT, 2006; STEINMO E THELEN, 1994; MAHONEY E RUESCHEMEYER, 2003). Neste sentido, esta tese apoia-se em um entendimento mais recente sobre as mudanças e as continuidades de políticas públicas que emerge em resposta aos próprios dilemas dessa versão institucionalista, ao entender que explicações demasiadamente centradas nos efeitos das decisões do passado não são suficientes para compreender o caso da política de saúde brasileira. A premissa aqui tomada por fundamental é de que a regularidade e a mudança são indissociáveis e de que é necessário entender a dinâmica institucional, não somente seus fatores estruturais. Isso representa um interesse em acentuar a importância dos atores e suas ideias. Pensa-se que, quando os atores que possuem maior poder nas instituições reforçam o *status quo*, a tendência é a estabilidade; quando a contestam, agem criativamente para alterá-la, o que pode se suceder das mais variadas formas em função de como eles exploram as regras institucionais (IMMERGUT, 1992; STREECK E THELEN, 2005). Desse modo, um ponto de partida é pensar que a estabilidade e a mudança na política de saúde brasileira estão interligadas numa mesma dinâmica institucional

que expressa compromissos e disputas duráveis entre os agentes políticos, mas que também podem ser rompidas mediante a ação dos atores e suas coalizões de apoio.

A hipótese central da pesquisa foi a de que, em contextos político-institucionais marcados por conflitos distributivos, o que melhor explica a persistência da dualidade da saúde é a interação de fatores estruturais e dinâmicos, particularmente o legado da política (tanto do período que antecede ao SUS, quanto o momento que caracteriza as primeiras decisões acerca de sua implementação), as regras (as que caracterizam o sistema político brasileiro e as que especificam a política de saúde) e os atores e suas coalizões (tendo sido os Governos do PSDB e PT eleitos o ator de maior interesse investigativo). Nessa direção, embora se considerem os efeitos do legado, buscam-se explicações para além dele, introduzindo outros aspectos endógenos da política em diferentes conjunturas políticas.

O primeiro fator ajuda a pensar que as políticas prévias ao SUS, especialmente aquelas definidas a partir dos anos 1960, impuseram um padrão de organização do sistema de saúde que incidiu em dificuldades para a sua reversão, pois concebeu ideias, instituições e atores que permaneceram após a mudança das regras promovidas pela Constituição de 1988 (MENICUCCI, 2007). Nesse caso, tornou-se fundamental considerar o mecanismo de *feedback* positivo (*positive feedback)*, definido pelos atributos de múltiplos equilíbrios, contingência, tempo, sequência e inércia. A suposição considerada válida é a de que, em alguma medida, as políticas prévias configuraram atores, ideias e interesses que implicaram nas decisões constituídas após a definição das novas regras da política de saúde.

As regras, por sua vez, criam um contraponto a esse primeiro. Conforme uma leitura distribucional das instituições, entende-se que, em função do grau de imprecisão das regras, as políticas públicas são marcadas pela tensão entre a interpretação e a execução (*enforcement),* de modo a gerar diferentes formas de aderência e adequação às regras (*compliance*). Por isso, é relevante pensar a combinação entre características do contexto político e das instituições. O pressuposto inicial foi o de que as regras do sistema político brasileiro teriam aumentado a capacidade de o Governo Federal determinar a política de saúde, mas ao custo de realizar alianças com atores mais conservadores. Assim, no caso do governo FHC, isso teria facilitado decisões de fortalecimento do mercado, conforme

a sua orientação político-programática. Quanto ao governo Lula, a princípio, poder-se-ia pensar que o mesmo tenha sofrido constrangimentos no âmbito político para avançar em propostas mais estruturantes de uma política universal, indo de encontro às expectativas de fortalecimento de um sistema público e universal. Contudo, pela própria raiz sindicalista do PT, intuiu-se que poderia ter existido uma incompatibilidade de ideias entre o próprio governo e os empreendedores do SUS. Por outra via, supondo a existência de lacunas e ambiguidades no marco legal do SUS, pensou-se que estas foram exploradas por atores do setor privado para garantir a primazia do mercado em relação ao setor público na política de saúde. Cogitou-se que a deserção às regras seria o mecanismo central para o estabelecimento de um deslocamento gradual da política de saúde.

Em interação com os dois fatores citados, o terceiro fator aponta que, em contextos institucionais marcados por múltiplas arenas deliberativas, os atores compõem alianças pela aglutinação de ideias e/ou preferências, que podem alterar o decurso da execução de uma política. Como as coalizões buscaram influenciar as políticas públicas de saúde, seja nos processos de decisão, seja na implantação das regras, a pressuposição foi a de que, em circunstâncias distintas, empreendedores de políticas e alianças com maior poder conseguem cravar um arcabouço jurídico-institucional próprio para a Saúde Suplementar, com pouca conexão com o projeto do SUS, enquanto outras conseguiram sanar, apenas parcialmente, os obstáculos do sistema público de saúde.

Sendo um estudo em profundidade, esta pesquisa foi eminentemente qualitativa, de um único caso – a política de saúde no Brasil, e utilizou-se do método do rastreamento de processo (*process-tracing)*, o qual possibilita produzir inferências causais desde a identificação e análise dos mecanismos causais presentes no caso estudado, investigando também como interagem as partes deste mecanismo para a produção dos resultados encontrados (BEACH E PEDERSEN, 2013). O processo rastreado foi o da dualização da política de saúde, aqui definida como uma sequência de eventos, relacionados entre si, que fortalecem a participação do mercado da saúde suplementar na política de saúde, mitigando a proposta de uma política pública universal. Como o método requer a observação sistemática de evidências selecionadas e analisadas para avaliar a hipótese (BENNETT, 2010; COLLIER, 2011; MAHONEY, 2012), decidiu-se que a análise de decisões políticas

traria os dados empíricos que precisariam ser avaliados em seus conteúdos e em sua precisão. Compreender a influência desses contextos na conformação da dualidade na política de saúde apontou para a definição temporal do estudo, que foca nos governos de FHC (1995 a 2002) e de Lula (2003 a 2010). Como não há motivos nem condições de avaliar todas as decisões de uma política setorial indiscutivelmente complexa, as evidências selecionadas para imprimir peso inferencial estiveram ligadas ao financiamento do SUS e à regulamentação/regulação da Saúde Suplementar. O motivo para isso deve-se ao primeiro ser considerado um dos principais obstáculos ao desenvolvimento do SUS (MENDES E MARQUES, 1999; MARQUES e MENDES, 2012; RODRIGUES dos SANTOS, 2013; UGÁ; PORTO E PIOLA, 2012; PIOLA 2013), enquanto o segundo se mostra como um dos fatos de consolidação da saúde suplementar no país (MENICUCCI, 2007; SANTOS, 2006). Para isso, consideraram-se as alterações na condução do Ministério da Saúde. Ao todo, o trabalho observa seis variações ministeriais, sendo três próprias do período em que Fernando Henrique Cardoso era presidente (gestões de Jatene, de Albuquerque e de Serra) e três específicas do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva (gestões de Costa, de Saraiva/Agenor e de Temporão).

Após esta introdução, o próximo capítulo - *Estado e Mercado em Políticas de Saúde: uma visão sobre o problema* **–** é dedicado ao problema empírico que motivou a pesquisa, entreposto num debate teórico mais amplo acerca das relações historicamente intricadas e tensas entre Estado e mercado. Num primeiro momento, isso significou uma revisão mais ampla sobre os embates históricos e ideológicos da modernidade acerca do papel do Estado, em face da existência do mercado, e vice-versa, bem como uma reflexão relativa aos efeitos dos embates entre essas duas grandes instituições no estabelecimento de sistemas de proteção social. Em seguida, localizam-se os trabalhos atuais que sinalizam que os governos de esquerda na América Latina, particularmente a partir dos anos 2000, tendem a manter compromissos com a igualdade, com a justiça social e com a participação popular, de modo a dispor o Estado para equilibrar as forças de mercado na condução de políticas sociais. Outra parte do capítulo visa contextualizar as discussões próprias da política de saúde, de forma mais específica, a organização de sistemas de saúde, o que inclui o argumento de que a política de saúde reflete o

conflito mais geral entre Estado e Mercado. Por fim, a política de saúde no Brasil é descrita de modo a assinalar as suas principais inovações após a Carta de 1988, mas também de forma a especificar a mercadorização da saúde, que marca profundamente a dualidade do sistema e suas implicações.

As opções teórica e analítica são expostas no terceiro capítulo - *Mudanças em Políticas Públicas: a opção teórica e analítica –,* sob a proposição de que a análise deriva da teoria. Apresenta-se a revisão de parte da literatura institucionalista, que resulta numa justifica quanto à sua escolha para a análise de políticas públicas. Embora não haja consenso em torno de um modelo explicativo no âmbito desta tradição, certamente decorrente da pluralidade de abordagens que a diferencia internamente (HALL E TAYLOR, 2003; REZENDE, 2012), paradoxalmente, isso revela os ganhos dessa perspectiva analítica. Mediante a diversidade e os próprios dilemas internos dessa abordagem, busca-se mostrar o ângulo analítico deste estudo e as motivações para a escolha de alguns parâmetros. Por essa razão, o capítulo apresenta um panorama acerca de como as diferentes versões do institucionalismo definem instituições e compreendem a mudança institucional e, com um aprofundamento na perspectiva histórica, mostram-se possibilidades teóricas e analíticas para o entendimento de processos graduais de mudança. Já exposta a alegação de que a interação combinada entre fatores estruturais e dinâmicos incidem em tipos diferenciados de mudança, numa segunda parte, denominada “notas sobre a pesquisa”, o convite ao leitor é para entender os fatores explicativos elencados e os passos do estudo.

No quarto capítulo – *Legado e Novas Regras na Saúde Brasileira: delineando fatores estruturais* –, resgata-se a trajetória da política de saúde até o ano de 1994. Isso se tornou fundamental para investigar a hipótese de que o legado prévio é um dos fatores explicativos centrais. A primeira parte do capítulo é composta pelos anos que dão início à constituição de um sistema de proteção social no Brasil até o processo de transição democrática. Embora menos sistemático e detalhado do que se verá nos capítulos posteriores, nele já se retratam decisões sobre o financiamento da saúde e as raízes do que se conformará como um sistema de Saúde Suplementar. Nessa parte, espera-se demonstrar que, mesmo com a predominância de uma lógica corporativista de organização dos direitos sociais, decisões governamentais foram tomadas para o fortalecimento do mercado na

política de saúde. Contudo, a forma de relação entre o Estado e esse mercado era substancialmente distinta daquela estabelecida após a criação do SUS, pelo menos no que diz respeito ao setor de planos e seguros de saúde. De qualquer modo, porém, as decisões prévias, especialmente aquelas tomadas a partir da década de 1960, estabelecem uma trajetória de reversão difícil, tendo em vista o estabelecimento de instituições e atores ancorados na lógica privatista de organizar os sistemas de saúde. O segundo momento descreve o contexto político e as principais decisões acerca do novo desenho da política de saúde, evidenciando que ali já se instalam profundas discordâncias acerca da política de saúde que geraram importantes efeitos no futuro. Além disso, o capítulo dedica-se a mostrar as ambiguidades das regras que estabeleceram o SUS e o conflito acerca da regulamentação dos planos e seguros privados de saúde.

Nos demais capítulos, *A política de saúde no governo FHC* e *A política de saúde no governo Lula,* estuda-se a dualidade da política de saúde brasileira, caracterizada pela existência do SUS e da Saúde Suplementar, de forma sistemática. Com atenção às variações ministeriais, isso é feito a partir da observação e descrição das decisões tomadas ao longo do tempo, especialmente acerca do financiamento e regulação da saúde suplementar. Ao todo, são dezesseis anos de análise. Em cada um dos capítulos, é feito um panorama do contexto político-institucional em que estes governos se circunscrevem. Na segunda parte, os aspectos próprios da política pública de saúde são focados, com ênfase em legado, regras, atores e suas coalizões. Neste momento, sem mais detalhes sobre os achados, o convite é para que o leitor faça o seu próprio mergulho na história aqui resgatada e crie, junto com a autora, um olhar crítico sobre a política de saúde a partir dos achados descritos e analisados.

2. ESTADO E MERCADO EM POLÍTICAS DE SAÚDE: UMA VISÃO SOBRE O PROBLEMA

Este capítulo apresenta o problema de pesquisa e pretende justificar a pergunta que motivou o estudo, a qual interpela os motivos para a dualidade da política de saúde no Brasil, composta por duas instituições – o SUS e a Saúde Suplementar, a despeito da criação de um novo aporte jurídico-institucional que estruturou um sistema público em novas bases, e de variações no cenário político.

A primeira parte é uma reflexão mais genérica sobre a constituição do Estado e do mercado como instituições da modernidade, em sociedades democráticas e capitalistas, à luz de apropriações teóricas e ideológicas distintas que podem influenciar na construção das políticas de proteção social. Em seguida, mostram-se as principais transformações do Estado a partir das disputas de ideias acerca de suas funções na economia e no provimento de políticas sociais, bem como se apresentam alguns motivos pelos quais se espera que governos de esquerda impulsionem políticas sociais igualitárias, o que justifica a própria pergunta de pesquisa que entende o governo Lula como uma importante variação do contexto político brasileiro.

Depois disso, de forma mais específica, apresentam-se as ideias acerca de sistemas de saúde como expressões de disputas mais longínquas, nessa arena, no que diz respeito ao papel do Estado e do mercado. Em continuidade, mesmo sem aprofundar, sinaliza-se para variações nas estratégias dos países para enfrentar ou aderir às pressões para o fortalecimento do mercado no setor saúde, de modo a anunciar que as trajetórias prévias, as regras e a disputa entre os atores são relevantes para se entender mudanças em sistemas de saúde, e não apenas as conjunturas.

Em conexão com esse debate, o capítulo propõe-se, ainda, a descrever a configuração atual da política de saúde em diálogo com a proposta de mudança demarcada na CF-88, no sentido de deixar mais claro o problema da pesquisa. Assim, executa-se um movimento de revelar a dualidade da política em razão da consolidação de dois sistemas – o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Saúde Suplementar, de um modo a contrariar alguns dos princípios fundamentais da proposta de mudança marcada no ocaso da década de 1980, particularmente no

que diz respeito à universalidade e à igualdade entre os cidadãos em relação ao direito à saúde, garantido pelo Estado.

2.1 O Estado e suas reinvenções em face ao mercado

2.1.1 Necessidades e contestações da Modernidade

O advento do mundo moderno está associado a sociedades agrárias que, cada vez mais expansivas comercialmente, produziram uma relativa imobilidade territorial e a necessidade de organização militar. No âmbito político, a concentração progressiva do poder político num território circunscrito, sustentado pela ideia de nação, pela substituição do uso da hereditariedade como fonte do poder e pela noção da impessoalidade do comando trouxe uma grande novidade: os Estados modernos (HAY E LISTER, 2006; BRAUDEL; 1987).

Em um momento inicial, ainda no século XV, o Estado foi entendido como solução para o que Maquiavel considerou uma tendência à desordem, divisões internas, oriundas da ação de homens naturalmente oportunistas e movidos pelas paixões. O Estado seria o corpo político necessário, submetido a um governo e às leis, para o exercício do poder político. Nesse sentido, ele atuaria como instância controladora dos choques de interesses societários antagônicos, para a segurança dos próprios homens. Isso não significaria uma solução definitiva do conflito social, uma vez que as leis são frutos de um infinito conflito de desejos contraditórios. Todavia, esperava-se que o Estado bem liderado fosse capaz de promover uma transformação do domínio privado em público e o estabelecimento da ordenação social e da liberdade (BIGNOTTO, 2005).

Entre os séculos XVII e XVIII, as condições de trocas, inicialmente características de uma economia de mercado, tornaram-se progressivamente mais desiguais, com a formação de longas cadeias de comércio que romperam as relações diretas entre o produtor e o destinatário e que possibilitaram o surgimento do comerciante, atravessador que conhecia as condições de mercado nas duas extremidades, podendo, dessa forma, estipular vantagens. Também ocorreu o surgimento da burguesia como nova classe social. Esse contexto favorecia o não cumprimento de regras e dificultava a fiscalização (BRAUDEL, 1987), quando esperava-se que os Estados desempenhassem o papel de unificação de um

mercado interno, com forte intervenção na economia, com barreiras tarifárias e medidas de apoio à exportação em um tipo de capitalismo que foi caracterizado por Bresser-Pereira (2011) como comercial.

Nesse período, o Estado foi percebido como uma artificialidade por autores contratualistas – especialmente Hobbes, Locke, Rousseau – preocupados em explicar as origens do Estado e justificar a melhor forma de governo, cada qual em uma perspectiva própria, bem como entender o papel do Estado em relação à propriedade privada (SMITH, 1985). Hobbes e Locke consideraram a propriedade privada um direito natural. Porém, enquanto o primeiro achava que a alienação do privado ao corpo político seria o que garantiria a paz entre os homens, inversamente, Locke defendia que a razão principal da existência do Estado é a garantia desse direito, que, além de natural, é inviolável e legítimo. Nesse caso, o Estado seria preciso, pois o principal inconveniente do "estado de natureza" advém da incapacidade de os homens aplicarem as leis imparcialmente, dado o risco de os homens renunciarem à razão na hora da punição e violarem as leis que ordenam a paz. Em contrapartida, Rousseau explicou a importância do Estado em termos republicanos, colocando no centro de suas reflexões o problema da desigualdade entre os homens e da legitimidade da associação. Para ele, a propriedade privada é a razão da corrupção dos homens e de suas liberdades naturais. Portanto, mesmo que não abolida a propriedade privada, é essencial se criarem as condições para o exercício público da vontade em um governo do povo. Essas ideias, em alguma medida, influenciam concepções do Estado e suas funções até os dias atuais.

A partir do século XIX, o mundo da mercadoria ou da troca tornou-se rigorosamente hierarquizado e especializado, caracterizado pela divisão do trabalho, ainda mais agudizada pelo salto tecnológico, por mudanças nos padrões monetários, por empreendimentos industriais e pela expansão do comércio entre nações. Essas mudanças, impulsionadas pela incessante busca do aumento dos lucros, acentuaram a acumulação do capital nas mãos de poucos e as desigualdades, uma vez que a maior parte da população vivia em condições insalubres e indignas (BENDIX, 1979; BRAUDEL, 1987; POLANYI, 2013). O Estado, que no período mercantil havia mostrado bastante vitalidade em suas intervenções, agora se mostrava indefinido em termos teóricos e práticos, o que se evidencia nos

debates entre as duas grandes utopias que caracterizam a modernidade: o liberalismo e o marxismo[1].

Em forte oposição ao absolutismo nasceram diferentes proposições que alicerçaram o Estado moderno, liberal e democrático. O pensamento centrado nas liberdades pessoais (relacionadas à religião, imprensa, opinião, propriedade) tornou-se uma das principais fontes de justificação para um mercado alargado e um Estado limitado. Ainda que com preocupações e contribuições diferentes, autores como Hegel, Montesquieu e Kant jamais arriscariam imaginar a liberdade sem a legalidade produzida pelo Estado. Ou seja, o Estado liberal de direitos, que rapidamente se tornou um modelo ideal para a Europa e os Estados Unidos da América no século XIX, e logo depois para vários outros países do mundo, possuía uma clara opção pela valorização e garantia da dimensão privada em relação à coisa pública. Porém, paradoxalmente, é a institucionalização de um poder político que torna capaz a garantia dessa primazia, inclusive nos assuntos econômicos (BOBBIO, 1984).

No campo econômico, o liberalismo mostrou-se menos convencido quanto à necessidade do Estado. Os ortodoxos liberais eram veementes em suas críticas à política mercantilista adotada pelos governos. Autores como Smith e Ricardo argumentam, por seu turno, que o crescimento econômico, a divisão do trabalho, a concorrência e a acumulação do capital são benéficos para a sociedade, portanto o mercado seria o melhor meio de promover o melhor ordenamento social. Isso se daria quando o trabalho encontrasse o seu preço no mercado; o dinheiro se sujeitasse a um mecanismo automático de ajuste; e os bens fossem livres para fluir de país a país, sem empecilhos ou privilégios. Portanto, os Estados eram indesejáveis em relação à intervenção nos assuntos da produção e do comércio (BRAUDEL, 1987).

Na prática, há indícios de que os princípios do liberalismo econômico teriam sucumbido sem as leis e sem uma burocracia capaz de executar tarefas que assegurassem alguma retaguarda, tanto para a indústria, quanto para os

[1] Aqui se faz referência a Reis (1997), quando afirma que *a modernidade se constitui, sobretudo, como utopia* (p.13). Essa frase se explica pela sua preocupação em se afastar do rótulo "modernidade", que pode simplificar o olhar sobre processos extremamente contraditórios, tensos, e até mesmo violentos, com oscilações que fazem tudo poder parecer reversível, inclusive os valores e sonhos mais otimistas. Para o autor, a modernidade se caracteriza, sobretudo, por extrapolar direções de futuro que pareciam dadas.

trabalhadores. Nas palavras de Polanyi (2013, p.172), “o caminho para o mercado livre estava aberto através do incremento de um intervencionismo contínuo, controlado e organizado de forma centralizada”. Isto é, os liberais viveram o dilema de dar precedência ao privado e à emancipação do mercado em relação ao Estado, o que não deixa de significar uma neutralização da política, e, ao mesmo tempo, se depararam com a necessidade de uma autoridade política que lhes desse legalidade, e, mais do que isso, legitimasse e criasse políticas que protegessem o capitalismo (REIS, 1997).

Apesar dos paradoxos, o Estado liberal, claramente guiado por ideias iluministas e de direitos civis e políticos inalienáveis, assumia o papel de guardião das leis e do mercado, as quais, não ao acaso, eram ditadas pela burguesia detentora dos meios de produção, em razão de um sufrágio restrito.

Defronte às graves consequências de um capitalismo sedento por lucro a qualquer custo, o tema da igualdade foi retomado com contornos novos e com vigor capaz de inserir não apenas uma nova teoria econômica e social, mas também uma original utopia para a época – o marxismo. Este indicou a impossibilidade de uma liberdade real, de liquidação das desigualdades e do estabelecimento de justiça em uma sociedade baseada na propriedade privada e no reforço da competição individual, afiançada pelo pensamento liberal. Ao invés de constituir o melhor ordenador da vida social, o mercado foi entendido como “o mecanismo pelo qual as desigualdades se reproduzem e aqueles menos favorecidos se veem compelidos a sujeitar-se à disciplina do capital” (REIS, 1997, p. 47), ou seja, em busca da sobrevivência, o homem continua escravo pelo trabalho. Para a preservação dessa submissão, nada é mais oportuno do que a função coercitiva do Estado, moldado pelas condições materiais e relações de produção das sociedades em cada condição histórica, e que havia se tornado “senão um comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa” (MARX e ENGELS, 1998, p.42).

Por essa perspectiva, como as condições e relações do capitalismo geram, inevitavelmente, contradições e estrutura de classes antagônicas, em que uma classe domina a outra, a burguesia precisa de uma instância de poder externa que se oponha a qualquer mudança na dinâmica social para a manutenção do domínio já estabelecido. Consequentemente, a luta entre as classes é o núcleo da política, e o Estado é uma ferramenta de dominação. Diante de cenários injustos, o

horizonte deveria ser de superação da divisão social e de emancipação do homem, possível pelo continuado progresso das forças produtivas e pelo estabelecimento de sociedades baseadas na reciprocidade e solidariedade coletiva, nas quais o Estado tornar-se-ia completamente desnecessário (CARNOY, 1986).

Apesar de guiada por esse núcleo de ideias, a denominada esquerda, que se constituiu como força política orientada pelo marxismo, muitas vezes viu-se colocada diante da escolha entre reforma e revolução. Enquanto os partidos e os movimentos da esquerda revolucionária buscavam a mudança social ao derrubar o Estado capitalista, alterando os direitos básicos de propriedade, por outra via, a esquerda reformista preferiu a disputa democrática eleitoral e o desenvolvimento de políticas de bem-estar dentro dos parâmetros das relações de propriedade capitalistas (CAMERON, 2009). De uma forma ou de outra, nem nas experiências comunistas, nem no fortalecimento da socialdemocracia como alternativa mediadora entre interesses dos capitalistas e dos trabalhadores, observou-se um Estado frágil, à beira de inexistir.

Historicamente, a força estatal mostrou-se, de modos diversos, como elemento central para imprimir modelos de organização da sociedade. Para desgosto dos paradigmas que determinaram um lugar achatado ou mesmo dispensável para ele, uma autoridade política mostrou-se cada vez mais central na vida societária (REIS, 1997; PETER EVANS, 1993). Na asserção weberiana, isso se explica pelo fato de o Estado ser produto de um intenso processo de racionalização que se modifica em decorrência da ação intencional dos homens, os quais estão inseridos em um complexo sistema de leis e normas, e da ação daqueles que detêm o monopólio do poder estatal – os governos e burocracias. Sendo uma associação política compulsória, qualificada pela existência de uma ordem jurídica, administrativa, burocrática e coercitiva que resguarda a ação política em si em um território circunscrito, o conjunto de instituições do Estado é estruturado de modo a permitir que agentes estatais e governamentais desenvolvam também seus interesses, preferências e capacidades de ação própria, ou seja, essa autoridade política expressa alguma autonomia em relação à sociedade civil e aos interesses econômicos (HAY e LISTER, 2006). Em outra via, o mercado, na condição de socialização entre estranhos ou mesmo entre inimigos apresenta uma racionalidade marcada pela pluralidade de interesses na troca, caracterizada pela prática da

barganha. Isto é, o mercado baseia-se na coexistência e sequência de relações associativas racionais em que é legítima a perseguição de interesse individual pela troca, sem a preocupação com o bem-estar do outro. Daí surge a fundamental ambiguidade do mercado, “emancipatório por autorizar a perseguição de fins pessoais, independentemente da opinião alheia; e (o outro lado da mesma moeda) opressivo por viabilizar, rotinizar e – por fim – legitimar a indiferença recíproca” (REIS, 2003, p.58). Isso ocorre mediante a capacidade de reinvenção do próprio Estado, face às tensões que ele mantém com a sociedade e o mercado. Nessas reinvenções, a redistribuição de recursos e as políticas sociais estabeleceram-se como ponto de disputa perene.

2.1.2 Proteção social: diversidade e litígio

No século XX, as alterações no Estado deram-se defronte elevadas tensões sociais e políticas, em ampla medida associadas aos desacordos – ainda alimentados pelos paradigmas liberal e marxista ante outras exigências e rótulos – acerca do papel do Estado em relação às políticas de proteção social e de desenvolvimento econômico. Assim, apesar da robustez inicial do Estado para o desenvolvimento de sistemas de proteção social, capazes de ampliar a igualdade entre os cidadãos, ao passar do tempo, outros pleitos acerca do melhor ordenamento social ganharam espaço nas sociedades democráticas, imprimindo descontinuidades nos padrões de bem-estar social, ou exigindo adaptações que, em alguma medida, incidiram em mudanças.

Em geral, os Estados ou regimes de bem-estar social compartilham a ideia de que o poder público, em algum grau, deve impor modificações ao sistema de classes por meio da condução de políticas igualitárias, ampliação do poder político dos trabalhadores e garantia de condições mínimas de proteção social, como forma de gerar oportunidades iguais de acesso aos bens públicos. Do ponto de vista liberal, “o que interessa pelo ângulo da política social é que haja um enriquecimento geral da substância concreta da vida civilizada, uma redução geral do risco e insegurança, uma igualação entre os mais e menos favorecidos em todos os ângulos” (MARSHALL, 1967, p.94). Sem propor a substituição do modelo capitalista, começa-se a acreditar que o mercado sozinho não é capaz de promover

o bem-estar e que é insustentável manter o capitalismo com excessos de desigualdades (TITMUSS 1974; MARSHALL, 1967).

Porém, há outras visões que levam a crer que a cidadania não é um fenômeno natural resultante da evolução do capitalismo e dos direitos, pois ela emerge dos confrontos entre distintos interesses sociais, sendo um valor mutável ao longo do tempo. No apanhado histórico de Geoff Eley (2005), por exemplo, tem-se um extenso apanhado histórico dos movimentos de esquerda, no qual se pode observar que a ampliação dos direitos sociais e a consolidação de Estados de Bem-estar Social só foram possíveis porque uma grande quantidade de pessoas se mobilizou para reivindicá-los coletivamente. Nisso uma conjunção de vários fatores facilitou o surgimento de Estados de Bem-estar, como as coalizões de partidos de esquerda, as reivindicações de movimentos extraparlamentares movidos pelo sindicalismo e militância associada, bem como campanhas específicas de base local e movimento feminista. De variadas maneiras, cada país começou a estabelecer reformas, como a democratização em si, a das leis trabalhistas e a dos direitos sindicais; a reforma do seguro social, incluindo seguro-desemprego, pensões, proteção à pobreza, seguro-saúde e assistência à saúde, reformas habitacionais e educacionais, muitas vezes como forma de estabelecer uma contenção ao avanço das forças socialistas.

Portanto, distinta da narrativa liberal, a ordem política e social começou a ser modificada mediante crises e confrontos sociais. Neste sentido, muitas reformas do Estado expressaram os acertos políticos em torno da combinação de argumentos funcionalistas e conservadores com as esperanças dos movimentos sociais de esquerda.

Para compreender essas mudanças, são clássicos os princípios de Esping-Andersen (1991) para a identificação dos modelos de bem-estar estabelecidos no século XX: os graus de desmercadorização do status dos indivíduos; as formas de estratificação social; e a relação do Estado com o mercado e a família em termos de provisão social. A desmercadorização é entendida como a libertação das pessoas da dependência do mercado, dada a prestação de serviços como um direito. A consequência imediata disso é que os trabalhadores tornam-se mais solidários para o desenvolvimento de ações coletivas e mais fortes perante os empregadores. A estratificação, por outro lado, parte de um pressuposto distinto

daquele que limita a cidadania em um status de igualdade pela existência de direitos. A questão central não é corrigir desigualdades, pois o próprio estabelecimento de regimes de bem-estar criam sistemas de estratificação que ordenam as relações sociais, por vezes estigmatizando os beneficiários ou consolidando privilégios de classes e status diferenciado. Por fim, a provisão da proteção social é entendida em termos de como ela é produzida e distribuída a partir dos entrelaçamentos entre Estado, mercado e família. Foi desde tais parâmetros que países escandinavos tornaram-se exemplos de regimes social-democratas, cujos princípios universalistas e de emancipação do mercado em relação aos direitos sociais apresentam-se como guias das políticas de proteção social que são estatais, pelo menos em grande medida. Onde o legado histórico do corporativismo estatal já era vigoroso, como na Alemanha, Áustria, França e Itália, o mercado foi posto como secundário na provisão de benefícios, mas o direito manteve-se associado à manutenção do status e da classe, e a redistribuição não compôs um objetivo do Estado, constituindo regime do tipo conservador-corporativo. Mais distantes das experiências europeias, Estados Unidos, Canadá e Austrália expõem sistemas de bem-estar classificados como liberal, com proteção social focalizada nos comprovadamente pobres e ou outro critério de vulnerabilidade. Nesse tipo predomina a assistência social conduzida pela comprovação da necessidade e o fortalecimento do mercado, havendo um encorajamento dos indivíduos para a compra de benefícios dispostos pelo setor privado (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Na América Latina, a literatura é bastante controversa acerca do estabelecimento dos Estados de Bem-estar (DRAIBE, 2003), pois, como o avanço de políticas sociais no território latino foi dificultado pelo desenvolvimento tardio e dependente da região, concomitante à instabilidade democrática, condições em que o estabelecimento de serviços e benefícios universais e equitativos encontrou maiores barreiras em comparação aos países de parte do norte global (DRAIBE, 2003; 2007; LAURELL, 1998; HUBER E STEPHENS, 2012). O estabelecimento de regimes de proteção social nessa região relaciona-se às experiências desenvolvimentistas, que emergiram no contexto de crise econômica mundial do início do século XX. Naquelas circunstâncias, alguns governos foram movidos pela ideia de que era possível superar os problemas de uma industrialização tardia, dependente e voltada para a exportação para entrar de forma competitiva na

economia mundial, superando uma posição histórica de submissão e periférica em relação aos países centrais (BRAUDEL, 1987). Para isso, ampliou-se a capacidade intervencionista do Estado, no sentido dele assumir o papel de provedor das condições para o crescimento do país, em parceria com o setor produtivo. Isso requereu a isenção de impostos para alguns setores da economia, a criação de políticas de indução do setor produtivo privado, a fundação e consolidação de empresas públicas de caráter estratégico, a redução ou mesmo exclusão da participação do capital estrangeiro etc.. (ARIENTI, 1993; BOSCHI, 2010; SCHNEIDER, 2013). Muitos deles fundados em regimes autoritários, os Estados desenvolvimentistas buscaram uma combinação entre a liderança do Estado e o capital industrial como forma para a promoção de um 'grande salto', caracterizado por uma industrialização tardia de economias com trajetórias distintas das experiências de industrialização do século XIX (GERSCHENKRON, 1962 *apud* ARIENTI, 1993). Em termos de proteção social, associou-se a afirmação do papel dominante do Estado como regulamentador de uma política mais ampla de desenvolvimento econômico e de modernização social com a assunção do papel de atenuar o conflito social, inclusive por meio da criação e ampliação dos meios de atenção às demandas da população urbana (MALLOY, 1986).

Geralmente, na medida em que os Estados latinos assumiram a função de interlocução dos interesses do setor privado, e desses com os setores sindicalizados, sem se eximir de imprimir os seus próprios objetivos, criou-se uma seguridade social baseada na capacidade contributiva e pelo tipo de inserção do indivíduo no mercado de trabalho, algo equivalente ao modelo conservador-corporativo de Esping-Andersen. Contudo, apesar de os países latino-americanos estabeleceram trajetórias mais próximas da lógica bismarckiana de proteção, existem muitas especificidades.

Em uma classificação de caráter histórico-temporal ainda sobre os modelos de previdência, o Brasil, junto Uruguai, Argentina, Chile, Cuba e Costa Rica, são definidos como países "pioneiros" por terem estabelecido políticas de proteção social ainda nas décadas de 1920 e 1930, o que, ao longo do tempo, favoreceu uma maior cobertura e maior desenvolvimento de seus sistemas de proteção social com população relativamente mais envelhecida e expectativa de vida mais alta. Todavia, esses países apresentaram elevada estratificação, altos custos,

deficit crescente e desequilíbrio financeiro e atuarial[2] (MESA-LAGO, 1985). Se tomado como referência apenas o gasto público (em percentual do PIB empregado com gastos sociais), o Brasil junta-se novamente a Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica, além do Panamá, por apresentar um gasto "superior" em relação aos países definidos como intermediários e retraídos (CEPAL, 1998 *apud* FLEURY, 2001).

Quando apuradas as consequências dos sistemas de proteção para os cidadãos e a tradição política e econômica do país, Brasil e México são entendidos como possuidores de um regime dual, definido assim por haver uma parcela significativa da população, particularmente aquela presente em zonas de menos desenvolvimento econômico, que tem pouca cobertura dos serviços sociais, ainda submetida a formas clientelistas e patrimonialistas de atenção, enquanto a parcela de áreas mais desenvolvidas conta com coberturas mais amplas, quase sempre embasadas na lógica corporativista[3] (FILGUEIRA, 2005). Ao se analisar a interação entre mercado de trabalho, famílias e políticas públicas, Brasil, México, Uruguai, Panamá e Costa Rica foram definidos como estatais-protecionistas, tendo em vista as políticas sociais associarem-se fortemente às ocupações dos sujeitos e às contribuições trabalhistas, seguindo uma lógica corporativista de proteção[4]. Nesses casos, embora se observem iniciativas estatais de administrar, financiar e prestar diretamente serviços sociais, ainda prevalece o fundamento de que o Estado intervém quando as famílias não conseguem garantir por meios próprios o seu bem-estar (FRANZONI, 2008).

Adiante, nem os legados de bem-estar, nem do modelo desenvolvimentista mostraram-se isentos de abalos ou mesmo erosões em seus

---

[2] Além do tipo pioneiro, Mesa-Lago identifica os tipos intermediário e o tardio. Os primeiros implantaram programas que possuem cobertura mediana nas décadas de 40 e 50. Eles são menos estratificados, possuem um custo menor e uma situação financeira melhor do que os pioneiros. O tipo tardio iniciou programas nas décadas de 60 e 70. Eles são mais unificados e possuem menores problemas financeiros, porém com coberturas e desenvolvimento baixo.

[3] Nesse raciocínio, o tipo universalista estratificado (Argentina, Uruguai e Chile) possui uma ampla cobertura. Por outro lado, no tipo excludente, as políticas assumem um caráter ainda bastante elitista, agregando privilégios para alguns setores sociais (funcionários públicos e uma minoria de trabalhadores formais), enquanto a maior parte da população apresenta-se carente do aparato estatal.

[4] Um segundo regime identificado é o estatal produtivista, no qual o Estado desenvolve políticas de investimento no capital humano para a qualificação da força de trabalho para o mercado. Nesse modelo, o Estado assume um papel complementar ao setor privado, pois grande parte das políticas sociais está sob o encargo do setor privado, de modo a elevar o grau de mercadorização das políticas sociais. No tipo informal-familiarista, prevalece a informalidade na produção do bem-estar, com baixos níveis de desmercadorização do bem-estar e desfamiliarização, o que incide em uma maior sobrecarga para as mulheres, que acabam assumindo grande parte da responsabilidade do cuidado de forma não remunerada.

arcabouços. Ao mesmo tempo em que a história pode estabelecer mecanismos de auto-reforço que dificultam mudanças, ela também é testemunha do surgimento de contextos, atores e ideias que podem desestabilizar o que a princípio é consistente, seja de maneira radical, seja de forma incremental. De modo mais preciso, as mudanças nas conjunturas econômicas e políticas, aguçadas na década de 1980, permitiram a expressão de relevantes oposições ao Estado como interventor na economia e garantidor de direitos sociais.

Em face dos problemas políticos e econômicos oriundos das crises do petróleo, o cenário foi de profunda recessão econômica no mundo, atingindo sobremaneira os países em desenvolvimento. Em relação a crises do passado, a novidade era a de que, pela primeira vez, havia uma expressiva combinação entre as baixas taxas de crescimento com as altas taxas de inflação, o que levou mesmo os Estados com robustas políticas de bem-estar, espelho para as experiências latinas, a começarem a dar os primeiros sinais de alerta, especialmente em relação às dificuldades de manterem as mesmas taxas de gastos com políticas sociais.

Nesse tempo, estabeleceram-se crises em vários países. Nos tradicionais Estados de Bem-estar, tanto foi percebido o desequilíbrio entre os gastos com demandas sociais e a capacidade fiscal dos Estados, quanto se evidenciaram dificuldades de manter uma boa margem de governabilidade diante das crises sucessivas, desigualdades e rivalidades entre países e, sobretudo, de pressões cruzadas, vindas tanto do lado do capital quanto do lado do trabalho. Além disso, a própria legitimidade dos Sistemas de Bem-estar estava abalada, devido às demandas das famílias terem se mostrado mais difusas em relação aos direitos e à ampliação das dificuldades de incorporar institucionalmente os interesses coletivos (VACCA, 1991). No caso dos países desenvolvimentistas latino-americanos, a carência de autonomia necessária para cumprir toda uma gama de funções associadas ao desenvolvimento sustentado e equitativo começou a ser notada (EVANS, 2012).

Além disso, numa conjuntura crítica, as variáveis externas (aumento das taxas de juros no mercado financeiro, aumento no preço do petróleo, crescente endividamento) somaram-se com agravantes internos (crise fiscal, crise política, movimentos pela redemocratização etc.) para criar um clima político mais instável e de baixa legitimidade das políticas governamentais. Mesmo onde o

desenvolvimentismo fez seus maiores avanços, os Estados careceram tanto do embasamento quanto da autonomia necessários para cumprir toda a gama de funções associadas ao desenvolvimento sustentado e equitativo (ARIENTI 1993; EVANS, 2012). Em resposta, as medidas neoliberais, consolidadas no Consenso de Washington ganharam espaço mediante os poderosos incentivos negativos (condicionalidade) e positivos (empréstimos de agências internacionais multilaterais) à disposição dos partidos e governos de direita e centro-direita que ascenderam ao poder nos anos 1980 e 1990 (HUBER e STEPHENS, 2012), presumivelmente predispostos a grandes cortes nas políticas de proteção social e retração nos Sistemas de Bem-estar (ALLAN E SCRUGGS, 2004).

Essa nova gramática liberal estimulou mudanças na condução das políticas de vários países. Em suas bases, o pensamento neoliberal criticou o que chamou de *novo igualitarismo* instalado nos regimes social-democratas. Para essa visão, as políticas fundadas no Estado de Direito teriam criado uma ilusão que destrói a liberdade dos cidadãos, os quais haviam se tornado *suplicantes do governo* e destruído a vitalidade da concorrência. Era preciso, portanto, estabelecer uma nova ordem, por meio da qual o Estado deveria deixar de intervir na economia e diminuir os gastos sociais. Para isso, estipulou-se ser fundamental tanto a estabilização econômica, quanto uma mudança estrutural do Estado, o que, em termos de medidas, incluiu a disciplina orçamentária, a restauração da taxa “natural” de desemprego, as reformas fiscais e tributárias, a desregulamentação de leis trabalhistas, a diminuição do poder dos sindicatos, a abertura econômica e comercial, as concessões e as desregulamentações do mercado, a diminuição da participação do Estado como produtor direto de bens e serviços etc.. (HAYEK, 2010; PERRY ANDERSON, 1996; VACCA, 1991).

Na América Latina tornou-se comum o apelo ao uso de novas tecnologias institucionais, à liberalização econômica e à redução do papel dos governos na promoção de políticas sociais a partir do crescimento da participação do setor privado na provisão dos serviços e do financiamento privado de bens públicos (ALMEIDA, 1999; 2002; FIGUERAS, 2002; FLEURY, 1994; 2001). Em termos econômicos, transcorreu um processo acentuado de recuo do Estado em suas atividades produtivas e de desregulamentação dos setores financeiros, acompanhado de liberalização do comércio exterior e de transformações

importantes no exercício de atividades regulatórias do Estado. Isto é, o Estado foi chamado a “re-regular” setores anteriormente protegidos da competição (VOGEL, 1996 *apud* MELO, 2000).

O pressuposto básico para as reformas regulatórias foi o de que mercados competitivos asseguram a alocação eficiente de recursos, dado que, em condições ideais, eles produzem uma situação Pareto-ótima na alocação de recursos, ou seja, quando se preenchem as conduções de eficiência na produção e nas trocas, bem como os bens produzidos refletem a preferência dos agentes econômicos. Para tanto, é importante um número de empresas suficiente para produzir o mesmo produto ou serviço com custos e meios de produção similares; os consumidores possuírem informações comuns sobre condições, preços e ofertas existentes no mercado; e inexistência da possibilidade de um dos atores (consumidores ou produtores) alterarem unilateralmente os preços do mercado. Quando satisfeitas essas condições, as intervenções do poder público não são capazes de elevar o bem-estar de qualquer agente sem reduzir as de outro (MELO, 2000). Acontece, porém, que mercados perfeitos são praticamente inexistentes e, em geral, suas falhas aumentam sem a ação de um agente externo. Na prática, a maior parte dos interesses privados apenas é plausível de ser maximizada por meio da intervenção do Estado, pois é quem possui a autoridade normativa para estabelecer as condições necessárias para a tal “concorrência perfeita” (ARROW, 1963). Paradoxalmente, ao se reconhecerem situações em que os mercados apresentam falhas, quer-se que o Estado assegure as condições para a concorrência perfeita, de modo que nenhuma empresa ou nenhum consumidor detenha o poder suficiente de influenciar sozinho o preço de mercado (MELO, 2000). Isso justifica por que, muitas vezes, governos que aderem à orientação neoliberal visam a uma regulação “extra-estatal”, cuja ideia central é criar agências autônomas desvinculadas do Estado para tomar decisões eficientes, capazes de ampliar a competição de empresas e garantir a proteção dos consumidores (BORGES, 2001; DRYZEK E DUNLEAVY, 2009).

A onda de reformas regulatórias também se expressa de muitos modos. A partir da dimensão “controle do Estado” (ampla ou restrita) e “ênfase da reforma” (liberalização ou regulação), há quatro tipos de reformas regulatórias: 1) pró-competitiva, em que a regulação é usada para reduzir o monopólio e ajudar

competidores, facilitar a operação efetiva dos mercados e fortalecer a legislação antitruste; 2) jurídica, na qual as regras informais ou tácitas ganham judicialidade e criam-se procedimentos de *accountability;* 3) estratégica, em que se estabelecem vantagens às empresas domésticas, criam-se mecanismos de retirar vantagens das firmas estrangeiras e criam-se meios para as empresas nacionais enfrentarem a liberalização; 4) expansiva, que aumenta o controle burocrático, preserva o controle regulatório no Estado e regula novas áreas (VOGEL, 1996 *apud* MELO, 2000).

Particularmente sobre as políticas sociais, as reformas neoliberais buscaram afirmar o entendimento de que o bem-estar é uma responsabilidade individual, satisfeita no seio das famílias e do mercado. Para isso, estimularam-se políticas capazes de garantir uma maior compatibilidade entre contribuições e benefícios; gerar mudanças na composição entre público-privado (na direção de incentivar o financiamento e a execução de serviços por agentes privados); e estabelecer a ênfase nos mecanismos de mercado como meio de promover a eficiência, assegurando a atenção do Estado aos grupos com condições socioeconômicas limitadas (TITELMAN et al, 2000). Isto é, transferir responsabilidades sociais do Estado para a sociedade e mercado, de forma seletiva e excludente, e demandar do Estado uma proteção focalizada nos mais pobres (ALMEIDA, 1999; 2002; FIGUERAS, 2002; FLEURY, 1994; 2001; UGÁ, PORTO E PIOLA, 2012; YATES, 2009).

Em muitos casos, isso equivaleu ao estabelecimento de políticas duais, nas quais se tornou “justificável” a intervenção governamental, seja em programas de combate à pobreza, seja em instituições de seguridade social. Concomitantemente ao declínio das atividades tradicionalmente atribuídas ao setor público, com o argumento de ser uma maneira de aumentar a eficiência, tornou-se esperado que o Estado assumisse a provisão de serviços naquilo que poderia ser lido estritamente como um “bem público”, fornecesse serviços e subsídios para aliviar a pobreza e atuasse naquilo em que a sua ausência provocaria problemas de externalidade aos indivíduos (poluição, vacinas etc.) (LAUREL E LÓPES, 1996 *apud* LAURELL, 1998). Ou seja, para sustentar tais mudanças em uma região com elevadas desigualdades sociais, instaurou-se uma modalidade de intervenção estatal em que se amplia o papel do mercado, mas também se necessita da ação estatal no plano das políticas sociais.

2.1.3 Oportunidade de mudança: o giro à esquerda na América Latina

O neoliberalismo não conseguiu cumprir com a promessa de desenvolvimento econômico na América Latina, ao contrário, em geral, o crescimento dos países foi modesto durante a década de 1990, e a austeridade como forma de combate às crises internacionais apenas ampliou o fosso das desigualdades sociais (CAMERON, 2009; LAURELL, 1998; HUBER E SOLT, 2004). Isso facilitou um cenário propício à revitalização do papel do Estado nas políticas econômicas e sociais, associado às sucessivas vitórias eleitorais de partidos de esquerda em países na região, o chamado "giro à esquerda".

Em contextos democráticos, as visões políticas e as orientações de políticas governamentais correspondentes têm nos partidos políticos seus principais portadores e difusores (HUBER et al., 2006). Assim sendo, a análise do Estado, qualquer que seja a teoria política, dá-se em grande medida no sentido de uma contextualização histórica do comportamento e da dinâmica política movida por governos e partidos políticos. Embora as instituições e as políticas do Estado tendam à permanência (HAY E LISTER, 2006), elas podem ser alteradas mediante os resultados eleitorais e os sistemas partidários, os quais são fundamentais por criarem um quadro político para a elaboração de novas políticas. Isto é, as preferências de um novo governo e o modo como ele se articula politicamente no sistema partidário podem favorecer mudanças no Estado e criar efeitos no bem-estar (IMMERGUT, 1992).

Comumente, partidos de direita e de centro-direita estão associados à retração de políticas de bem-estar, dada a adesão a uma ideologia de mercado, nos termos de Horn (2012), enquanto os partidos de esquerda relacionam-se à expansão de políticas de proteção social, inclusive com aumento significativo nos gastos sociais (HORN, 2012; ALLAN E SCRUGGS, 2004). Essa correlação dá-se por evidências empíricas sólidas de que a força dos partidos de esquerda tem um efeito significativo na extensão da redistribuição efetuada pelo Estado de bem-estar nas democracias industriais avançadas e com períodos democráticos mais prolongados, inclusive mais do que os partidos cristãos (BRADLEY et al., 2003; HUBER E STEPHENS, 2001). Sabe-se, ainda, que partidos e governos à direita escolhem uma postura pró-mercado, orçamentos sociais moderados e uma proteção social de base contributiva, enquanto partidos e governo de esquerda ou centro-

esquerda fortes demonstram esforço para atingir resultados positivos no que concerne à igualdade e aos níveis de proteção social, com ampliação dos gastos sociais e políticas redistributivas. Ou seja, partidos políticos e governos de esquerda são importantes para o estabelecimento de políticas sociais igualitárias (PIERSON, 1994; HUBER E STEPHENS, 2012; ALLAN E SCRUGGS, 2004; ELEY, 2005; STREECK E THELEN, 2005).

Apesar dessa máxima, esse fator não é isolado e precisa ser entendido em diferentes contextos históricos. Na América Latina, em termos ideológicos, a esquerda habitualmente foi concebida como movimento de inspiração socialista, e particularmente marxista, que enfatizava a propriedade pública dos meios de produção e o planejamento central em oposição à alocação de mercado de bens e serviços básicos. Isto é, era uma alternativa relativamente bem definida aos modelos capitalistas de desenvolvimento. Entretanto, ela redefiniu-se ao longo do tempo, especialmente após a Guerra Fria, quando o marxismo entrou em crise, como referencial ideológico, e o socialismo mostrou suas fragilidades como modelo de desenvolvimento e de organização social em todo o mundo (CASTAÑEDA, 1993 *apud* LEVITSKY E ROBERTS, 2011). Nessa fase, muitos programas de governo de esquerda foram escritos com a intenção de travar um processo aberto de transformação social e de aprofundamento democrático, porém, ao executá-los, eles se apresentaram bem mais moderados e ambíguos, por vezes adotando as políticas de estabilização e de ajustamento econômico do próprio neoliberalismo, o que leva a muitos desentendimentos e acusações de que esses partidos deixaram de ser de esquerda.

Tomado que ainda é possível fazer diferenciações no espectro político, é importante entender o que se chama de esquerda em um novo enquadramento muito mais complexo do que aquele do início do século passado. Se não se pode esperar dessa nova esquerda os mesmos anseios e comportamentos da esquerda do passado, o que aspirar? A literatura mais recente mostra com variada explicação que a esquerda latino-americana contemporânea define-se pela multiplicidade de esforços díspares voltados para atender compromissos com a igualdade, a justiça social e a participação popular, além da disposição de usar o Estado para equilibrar as forças de mercado. Assim, em geral, espera-se que os partidos de esquerda da atualidade coloquem a redistribuição e a igualdade social em suas plataformas

políticas e desafiem o *status quo* político e econômico (BEASLEY-MURRAY et al., 2010; CAMERON, 2009; LEVITSKY E ROBERTS, 2011).

Há um lastro de conhecimentos sobre o que se convencionou a chamar de 'Giro à esquerda' (*Left Turn).* Essa expressão é comumente usada em referência ao fenômeno de sucessivas ascensões de partidos e lideranças de esquerda a partir de disputas eleitorais na América Latina, no final do século XX e início do Século XXI. Um marco dessa virada foi a vitória de Hugo Chaves na Venezuela em 1998, a partir de uma campanha centrada no combate à pobreza. Em seguida, diversos países, como Chile, Argentina, Uruguai, Bolívia, Equador, Nicarágua, Guatemala e Brasil estabeleceram governos constituídos por partidos localizados no espectro à esquerda dos sistemas partidários, o que, em conjunto, permitiu um contraponto ao avolumamento de políticas neoliberais mediante o delineamento de mudanças comprometidas com a igualdade em toda a região: "mudou não só quem governava na América Latina, mas também como eles governavam" (LEVITSKY E ROBERTS, 2011, p.2). Em termos de efeitos, a ênfase na política social redistributiva se espalhou por toda região e, pela primeira vez desde a disponibilidade de dados confiáveis, a desigualdade declinou na maioria dos países (HUBER e STEPHENS, 2012).

Múltiplos fatores somam-se para explicar esse fenômeno de ascensão ao poder de partidos com trajetória de esquerda na América Latina. Em termos das causas estruturais (longo prazo), fala-se da elevada desigualdade e exclusão social que caracteriza os países latinos. Essa realidade, apesar de não se traduzir em apoio incondicional à esquerda, teria criado um eleitorado receptivo aos apelos para a constituição de políticas redistributivas. Blanco e Grier (2013) chamam isso de discernimento político (crença das pessoas de que eles foram sistematicamente excluídos da esfera política por muitos anos). Uma segunda causa estrutural diz respeito à institucionalização da competição eleitoral. Como se sabe, o "pacto social" predominante na região foi fundado entre Estados autoritários, sindicalismo e setor privado, que, além de criar margens frágeis de capacidade de negociação internacional pelas próprias características de seu desenvolvimento (LAURELL, 1998), estabeleceu um clima permanente de repressão aos movimentos e partidos de esquerda na América Latina. Contudo, dado o estabelecimento de política eleitoral após a redemocratização, os partidos do centro à esquerda começaram a

articular demandas sociais e competir sistematicamente por cargos eletivos (LEVITSKY E ROBERTS, 2011).

Os fatores contingenciais referem-se ao contexto macroeconômico produzido pelo próprio neoliberalismo, que desencadeou uma primeira onda de vitórias de esquerda. Vários autores apontam que, após mais de duas décadas de experimentos neoliberais, nem a promessa de desenvolvimento foi cumprida, nem houve impacto positivo na distribuição de renda e riquezas, no emprego formal e nos salários, e provisão de bens e serviços públicos. Isso teria feito decrescer o apoio público à economia de mercado na região, tornando a esquerda mais influente e a população mais inclinada a votar em candidatos que prometessem uma alternativa ao projeto neoliberal (CAMERON, 2009; LAURELL, 1998; HUBER et al., 2006; LEVITSKY E ROBERTS, 2011). O *boom* das commodities e os efeitos de difusão também ajudam entender o avanço da esquerda. Com o aumento dos preços de exportação em matérias primas, em que a América Latina é rica, as taxas de crescimento econômico aumentaram de forma significativa, o que alargou a capacidade dos governos para criarem programas, redistribuir renda e ampliar o gasto público, com efeitos materiais importantes nos círculos eleitorais populares (LEVITSKY E ROBERTS, 2011; BLANCO E GRIER, 2013).

No final das contas, entende-se que, ao prometerem mudanças e, em grande medida, conseguirem realizá-las, os partidos de esquerda puderam capturar a imaginação de vastas faixas da população para ganhar eleições e iniciar importantes processos de transformação do exercício do poder em territórios latinos (BEASLEY-MURRAY et al., 2010). Não obstante a esquerda latino-americana represente um compromisso com a ideia de que nem a plena cidadania nem os altos níveis de desenvolvimento humano podem ser alcançados sem superar a extrema pobreza e desigualdade e sem ultrapassar as barreiras à participação social (CAMERON, 2009), todos aceitando em princípio a democracia, ela difere bastante no grau de encorajamento da participação, na sua transparência e na sua resposta às exigências articuladas pelas diferentes forças sociais, além de diversos meios discursivos e simbólicos para reabrir ou refundar a ordem constitucional ou o pacto social (BEASLEY-MURRAY et al., 2010). Outra diferença importante diz respeito ao modo como buscam alcançar crescimentos equitativos, ainda inseridos num contexto global neoliberal. Essas variações dependem muito do tipo de governo de

esquerda estabelecido, posto que eles, na América Latina, estão enraizados em distintas experiências históricas e trajetórias de poder político. As características organizacionais dos partidos da esquerda, os vínculos sociais, as posições dentro dos sistemas partidários e, em última instância, suas abordagens para a reforma das políticas e a governança democrática, explicam, em grande medida, a variação de experiências (LEVITSKY E ROBERTS, 2011).

Como essas experiências lidam com desafios econômicos, é certo que muitos dos líderes associados à mudança eleitoral para a esquerda assumiram políticas orientadas para o mercado, e que nenhum defende economias com controle central baseadas em planejamento. Nesse sentido, repudiam a ideia de colocar os mercados no centro do modelo de desenvolvimento, mas, ao procurar alternativas, não os rejeitam. Em razão disso, abre-se a brecha para as interpretações de que essa nova esquerda nem propõe, nem rompe com modelos baseados na liberalização da economia.

Por outro ângulo, os governos de esquerda estariam conseguindo determinar desvios subjacentes às concepções ortodoxas de cidadania, baseados na incorporação dos indivíduos aos mercados, como produtores e consumidores. Entende-se que, a partir dos governos de esquerda, emergiram importantes aberturas de agendas para privilegiar os direitos coletivos e aspirar à cidadania social universal (CAMERON, 2009; BEASLEY-MURRAY et al., 2010; LEVITSKY E ROBERTS, 2011). Tal leitura, entretanto, não é ingênua ao ponto de não admitir que haja um desafio perene aos partidos e governos de esquerda, inclusive decisivos para o seu sucesso eleitoral. Como a estabilidade macroeconômica e o controle da inflação permanecem como metas fundamentais para muitos dos formuladores de políticas em toda a região, é possível que haja alguma derrapagem, ligada em parte às tentativas dos governos de esquerda de estimular o crescimento, em condições de extremas desigualdades social e econômica e um ambiente internacional relativamente permissivo à austeridade, e, certamente, no interesse de impulsionar o consumo.

2.2 Estado e mercado nas políticas de saúde

2.2.1 Os tipos ideais de sistemas de saúde

Sistemas de saúde podem ser entendidos como o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução de processos referentes à saúde de uma dada população. Neles há dois tipos de componentes – os estruturais (recursos, financiamento etc.) e os organizacionais (relação entre níveis de atenção, gestão de pessoas etc.) – que são razões para extensos conflitos de interesses (LOBATO E GIOVANELLA, 2014). Assim sendo, a sutil diferença entre política de saúde e sistemas de saúde reside em que a política de saúde expressa os fundamentos daquilo que o sistema concretizará. As decisões governamentais que são tomadas em relação aos elementos do sistema de saúde expressam, em grande medida, a solução possível entre ideias e interesses divergentes acerca da política de saúde em um dado momento histórico.

Em uma primeira fase de instauração de políticas de saúde, o Estado direcionava-se a ofertar subsídios para o funcionamento de associações de ajuda mútua. Essas consistiam em organizações voluntárias de trabalhadores que possuíam a finalidade de criar fundos capazes de conceder benefícios em caso de doenças e mortes. De modo geral, essas entidades fundamentadas na solidariedade possuíam uma forte influência dos partidos de esquerda e apresentavam-se como espaço de mobilização política. Por essa característica, o apoio dos governos apresentou-se como uma forma de controlar a vida associativa e o movimento dos trabalhadores. As ambiguidades se apresentavam em situações nas quais, por um lado, a entrada dos governos na dinâmica das sociedades de organização mútua era uma necessidade, por outro, como antevisto por partidos de esquerda, desenrolava-se como uma forma de perder a autonomia dos trabalhadores (LOBATO E GIOVANELLA, 2014).

Palco da agitação de classes e formação de um forte partido socialdemocrata, em 1869 a Alemanha encontrou uma saída para as tensões sociais, cujos atributos deram maior densidade a esse padrão de amparo à saúde por meio da organização de classe. Bismarck, chanceler avesso às ideias socialistas, estava preocupado em estabelecer um forte governo executivo, algo que

ele jamais poderia conseguir ignorando plenamente as pressões políticas por direitos sociais. Ou seja, a gênese de uma política de saúde baseada em seguros compulsórios de doença está na estratégia alemã de estabelecer, com o apoio operário, e com forte oposição dos social-democratas, o primeiro sistema de previdência social, que visava melhorar as necessidades materiais da crescente classe trabalhadora sem romper com o sistema de produção vigente, de modo a promover acordos com os empregadores e a lealdade da classe trabalhadora para com o Estado. Assim, a saúde integrou-se ao arcabouço das propostas de proteção social como um direito estreitamente vinculado a benefícios, de acordo com as capacidades contributivas das famílias e a natureza corporativa dos indivíduos (LOBATO E GIOVANELLA, 2014; FLEURY E OUVERNEY, 2014).

Dessa tradição, surgiu um tipo ideal de sistema de saúde: *National Health Insurance*. De forma genérica, os Seguros Nacionais de Saúde são programas universais que cobrem populações inteiras, em todas as idades, para os cuidados de saúde, o que exige um papel mais ativo do Estado. Porém, a lógica de organização é conservadora e corporativista, o que pressupõe uma estratificação social baseada em privilégios e méritos, o que significa que as famílias recebem os serviços de acordo com suas capacidades contributivas e sua natureza corporativa. Os programas nacionais são públicos e financiados por impostos compulsórios sobre os salários e sobre as empresas, bem como por recursos estatais oriundos de receitas fiscais gerais. Apesar de públicos, a administração dos programas tem sido delegada, muitas vezes, a organizações situadas na fronteira dos domínios público e privado.

Em sua função de prestador direto ou pagador de serviços, o Estado torna-se capaz de regular o mercado privado, tanto exercendo pressões para controlar os custos gerados pelos prestadores, como médicos, hospitais e fabricantes de produtos farmacêuticos e tecnologia médica, quanto determinando o espaço que há para seguro privado suplementar, dependendo de quem está assegurado e quais tipos de benefícios são cobertos. Todavia, ações efetivas em direção a uma perspectiva redistributiva são mais raras. Além da Alemanha, são exemplos de países europeus com seguros sociais obrigatórios: Áustria, Bélgica, França, Holanda, Irlanda e Luxemburgo, bem como países do Leste europeu após o declínio do modelo soviético *Semashko* (onde a saúde era inteiramente estatizada).

Essa política também cruzou os mares para estabelecer suas raízes na América Latina, como no caso brasileiro e chileno, ainda nos anos 1930 (IMMERGUT, 1992; FLEURY E OUVERNEY, 2014; LOBATO E GIOVANELLA, 2014).

Em alternativa aos seguros nacionais, os Sistemas Nacionais de Saúde – *National Health Service* – orientam-se por uma seguridade social inspirada no princípio de justiça social ressaltado nos regimes social-democratas de bem-estar. Mediante o contexto de reconstrução dos países no pós-segunda guerra, a proposta inglesa de organização da saúde, formulada inicialmente no plano Berevidge de 1942, destacou-se por um processo que consistiu na nacionalização dos hospitais e na tentativa do Estado de estabelecer o controle sobre os serviços médicos para garantir alguns padrões mínimos socialmente estabelecidos de benefícios, independentemente de contribuições vinculadas aos salários. A partir daí, vários outros países iniciaram reformas com alta cobertura da atenção pública e ampliada para toda a população, assegurada pelos governos como um direito universal, o que torna necessário proteger a saúde da racionalidade do mercado. A expectativa desses sistemas é que a maior parte do financiamento, dos serviços e dos trabalhadores da saúde seja público. No lugar de depender de contratos para o uso de instalações privadas e profissionais, especialmente médicos dispostos no mercado de trabalho, os governos devem ser capazes de orientar os serviços e controlar os custos do setor privado. Esses modelos são tidos como os mais eficientes, que geram mais equidade e melhores condições de saúde em uma população. Além da Inglaterra, são reconhecidos como possuidores de Sistemas Nacionais de Saúde a Dinamarca, a Espanha, a Finlândia, a Grécia, a Itália e Portugal. As experiências desses países foram referência para os atores defensores da reforma sanitária brasileira, iniciada ainda nos anos 1970 (IMMERGUT, 1992; FLEURY E OUVERNEY, 2014; LOBATO E GIOVANELLA, 2014; CAMPOS, 2007).

O *Mutual Fund Subsidies* é outro tipo ideal. Esse modelo não se baseou nas reformas europeias de bem-estar e seguiu uma proposta mais pura de um Estado liberal, pois enfatiza o mercado e restringe ao mínimo as intervenções do Estado na assistência à saúde, devido a supor que capacidades autorreguláveis do mercado satisfarão os interesses e as capacidades de cada família em adquirir os bens e os serviços de que necessita. A assistência pública, nesses casos, é complementar, com caráter compensatório e discriminatório sobre grupos mais

pobres ou vulneráveis que comprovadamente mostram-se com incapacidades financeiras e de obter no mercado os serviços de assistência à saúde. Quem não se enquadra nos critérios para receber os benefícios, os quais muitas vezes são prestados pelo setor privado e pagos pelo Estado, estão livres para adquirir serviços, individualmente, no competitivo mercado, de acordo com as suas possibilidades de pagamento. O Estado age incentivando a adesão da população aos seguros privados, inclusive oferecendo subsídios que raramente cobrem o custo total. As leis que subsidiam as mutualidades privadas aumentam a cobertura de seguros, reduzindo os custos da adesão. Deste jeito, os gastos governamentais com saúde são mínimos, com intervenção baixa nos serviços de prestadores privados. Tal proposta, sem pormenorizar, possui a adesão da categoria médica, especialmente por evitar que os governos pressionem a redução dos custos e tentem interferir na autonomia profissional (IMMERGUT, 1992; FLEURY E OUVERNEY, 2014; LOBATO E GIOVANELLA, 2014).

Contudo, sistemas de saúde alteram-se ao longo do tempo, o que pode tornar difícil categorizá-los segundo os parâmetros ideais acima mencionados:

> (...) não existem hoje – com a exceção de pouquíssimos países – sistemas que se enquadrem no formato “puro” de um dos três tipos clássicos, isto é, de sistema nacional de saúde (com prestação exclusivamente estatal e financiamento exclusivamente por tributos), de sistema pertencente ao seguro social (com financiamento exclusivamente efetuado por meio de contribuições sobre folha de salário) e de sistema de saúde liberal (baseado apenas nas forças de mercado). Existem, sim, sistemas de saúde mistos, que mesclam elementos da esfera pública e da privada, tanto no âmbito da prestação de serviços, como no do financiamento dos mesmos (SANTOS et al., 2008, p.1432).

2.2.2 Sob a pressão do mercado: mudanças recentes

As políticas de saúde parecem confirmar a alegação de que atualmente muitas políticas governamentais mostram-se orientadas para o mercado por liberar transações econômicas, com certa regularidade, do controle público para o setor privado (STREECK e THELEN, 2005). Alterações nos modos de organização dos sistemas de saúde de vários países parecem estar associadas ao aumento dos gastos decorrentes das mudanças demográficas e tecnológicas. Isto é, o aumento da população idosa na estrutura etária da população e a incorporação de

tecnologias de médio e elevado custo para o diagnóstico e tratamento de doenças começaram a pesar nas contas públicas da maioria dos países. A conjuntura de crise da economia mundial e o redirecionamento do Estado, com consequente reflexo nos Estados de Bem-estar social, como já referido, e adoção do neoliberalismo como modelo de desenvolvimento também se relaciona, de um modo geral, às mudanças que fortaleceram a participação do setor privado na área da saúde. (ALMEIDA, 1999; 2002; FIGUERAS, 2002; FLEURY, 1994; 2001; UGÁ, PORTO E PIOLA, 2012; YATES, 2009).

Em geral, os debates entre atores do campo são travados acerca das ideias de eficiência e equidade. Os argumentos pró-mercado dizem que formas institucionais privadas de financiamento e provisão de serviços possuem a capacidade de ampliar a eficiência, muitas vezes drasticamente, sem reduzir a equidade interpessoal. Por esse ângulo, defende-se ser um grave equívoco pensar que os governos são benignos ou ligeiramente benevolentes a respeito da distribuição de bens, pois não há nenhuma garantia de que os governantes e a burocracia tenham o interesse em equalizar a renda ou as oportunidades. Ao contrário, em muitos casos, as autoridades governamentais tomam decisões pelas quais as pessoas que necessitam são excluídas dos benefícios e, com frequência, o Estado financia um conjunto de medidas ineficientes – e até injustas. Nessa perspectiva, a parceria com o setor privado não é, em nenhum momento, um deslocamento ou uma troca da equidade pela eficiência, como pensam os que defendem a preponderância pública na prestação e no financiamento dos serviços (BIRDSALL E JAMES, 1990; HARDING E PREKER, 2003; ROTH, 1987). Há ainda o argumento de que os cuidados de saúde não apresentam características que os diferenciem acentuadamente de outros produtos disponíveis no mercado e de que a participação do capital privado desafoga o Estado em seus gastos com saúde. Alega-se ainda ser ingênuo achar que o Estado age por fins altruístas, pois, na ausência de custo de transação, as imperfeições do mercado podem ser eficientemente minimizadas por ele próprio quando há uma correta alocação dos direitos de propriedade. Mesmo se o mercado tiver dificuldades em agir eficientemente, não há garantias de que o Estado possa fazer algo melhor (BIRDSALL E JAMES, 1990; HARDING E PREKER, 2003; ROTH, 1987).

É importante observar que a defesa da ampliação da participação do setor privado na saúde não se dá em todas as áreas da atenção. A título de exemplo, Griffin (1989) sugeriu que o setor público de países em desenvolvimento devesse prestar a assistência individual e básica, quase exclusivamente em áreas rurais, enquanto os prestadores privados de saúde atuariam nas áreas urbanas e nos cuidados de maior complexidade (hospitais, exames etc.), de modo a aliviar os governos de uma carga de investimento e custos altos com saúde. A proposta de Birdsall e James (1990) é a de que as autoridades públicas deveriam se concentrar em bens públicos específicos – tais como o controle de endemias, vigilâncias, cuidados materno e infantil – e incentivar o mercado a fazer o que ele pode fazer melhor: gerar recursos e produzir bens privados. Instituições como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial também orientam que os governos considerem o setor privado na área da saúde como forma de aproveitá-lo no alcance do objetivo de suas políticas de saúde. Isso significa a adoção de medidas para orientar o comportamento dos prestadores identificados, e uma vantagem pelo fato de os prestadores de serviços já estarem servindo populações fundamentais para os programas do setor. O desencorajamento da dependência dos sistemas de saúde de propriedade e produção pública é claro, bem como o incentivo para que os países avaliem a capacidade do setor privado para identificar as atividades públicas que podem ser “produtivamente entregues a mãos privadas”, pois isso gera melhor custo-eficácia, além de maior capacidade de resposta às preferências dos consumidores (HARDING E PREKER, 2003). Em síntese, um mercado centrado em clientelas específicas é apresentado aos governos como uma saída para os problemas de ineficiência administrativa e incapacidade financeira do Estado.

Por outro lado, alega-se que, embora possa aliviar os governos em termos fiscais, o foco na lógica de mercado gera sérios problemas para os sistemas de saúde, especialmente por fomentar iniquidades assistenciais (MCPAKE E MILL, 2000; YATES, 2009). Algumas publicações, a partir dos anos 2000, mostram que o efeito mais imediato das mudanças nas taxas de utilização de serviços com queda de orçamento público foi suprimir a procura de cuidados de saúde por pessoas pobres, algo que foi interpretado como um efeito negativo na equidade e também na eficiência, dados os altos custos dos serviços privados (YATES, 2009). Considerando que países com maior atuação de seguros privados e prestadores

privados possuem os sistemas de saúde mais caros e desiguais em relação aos que possuem um maior controle do Estado, inclusive no seu financiamento, o crescimento da participação do setor privado nos cuidados de saúde torna mais provável que, em longo prazo, aumente-se o preço dos cuidados de saúde, além das desigualdades de acesso aos serviços (HUBER E SOLT, 2004). Embora possa parecer que o desempenho dos prestadores privados seja superior, as falhas de mercado são abundantes nessa área, e raramente os prestadores de serviços preocupam-se com questões de natureza de saúde pública, algo que prejudica ações voltadas para as condições e os riscos de vida da população. Além disso, o controle baixo em relação a uma extensiva tecnologia em hospitais e uso de exames desnecessários tende a elevar os custos com saúde (MCPAKE E MILL, 2000). Ou seja, também inexistem garantias de que mercados são em si eficientes (PRZEWORSKI, 1995). De qualquer forma, é fato que muitas das mudanças recentes nas políticas de saúde implicaram em um acento no mercado.

Porém, embora haja uma conjuntura pró-mercado, esse trabalho diverge de qualquer presunção de convergência entre as experiências dos países. A depender do contexto socioeconômico e da estrutura institucional, bem como do poder político em disputa, há diferentes modos de participação do setor privado em sistemas de saúde (MCPAKE E MILL, 2000). Por exemplo, na Europa, duas estratégias de reformas ocorreram a partir dos anos 1980. Persistindo na tradição de bem-estar, algumas autoridades políticas tentaram conter os custos, por meio do aprimoramento do planejamento, da gestão pública, e da capacidade regulatória do Estado, mas evitando grandes mudanças que atingissem os direitos sociais. Esse foi o caso da Áustria e da Alemanha, cuja opção original era por sistemas de seguro obrigatórios, que mantiveram a trajetória voltada para um Estado intervencionista (THEURL, 1999). Na Suécia, muitos atores sociais assumiram uma defesa vigorosa a favor de avultar o *mix público-privado*, o que incluía a defesa do financiamento privado, porém as taxas de penetração do mercado ainda se revelaram extremamente baixas, com apenas um por cento da população com cobertura privada (MOSSIALOS E THOMSON, 2002 *apud* SALTMAN E BERGMAN, 2005). A segunda estratégia foi transferir responsabilidades antes mais concentradas no Estado para o mercado. A ideia fundamental foi a de que o aumento da concorrência entre instituições de planos e seguros de saúde e entre os fornecedores, com

consequente consolidação do setor privado, aumentaria a eficiência do sistema. Também mais próximos de seus percursos, a Suíça escolheu esse caminho da desregulamentação dos sistemas de seguros de saúde (THEURL, 1999). Os países do Reino Unido, incluindo o modelo britânico, aderiram a uma economia mista, com aumento da liberdade do mercado, além do crescimento de hospitais e leitos privados, diversificação de tipos de serviços de atuação privada e ampliação do financiamento público de cuidados privados, como no cuidado residencial aos idosos (BARTLETT E HELEN, 1996). A Itália, inspiração para os reformistas brasileiros da década de 1970 e 1980, retroagiu também em sua proposta de universalização (TARONI et al., 1998). Mais vulneráveis, os países da Europa do Leste tiveram que se render de forma ainda mais intensa às pressões de mercado. Isso parece ter se dado por via da queda substantiva no Produto Interno Bruto, por conseguinte da capacidade de gerar recursos para políticas sociais, além de práticas regulatórias diminutas.

Também a título de ilustração, o Canadá, reconhecido por ter criado um Sistema Nacional de Saúde com um elevado controle do Estado sobre a assistência à saúde, diante do problema do gasto e das pressões para uma maior abertura do sistema ao setor privado manteve uma trajetória na direção de ampliar a capacidade estatal de financiamento e com reforço de sua capacidade de integração do sistema com o setor privado (DETSKY E NAYLOR, 2003). Por outro lado, um caso típico de modelo residual, viu-se encurralado pelas consequências de um sistema extremamente caro, excludente e com condições epidemiológicas ruins em comparação a países com cobertura universal. Com esse percurso, nos Estados Unidos tenta-se ampliar a capacidade do Estado e os direitos dos cidadãos à saúde, a partir do estabelecimento de uma Nova Lei - *Affordable Care Act* - definida pelos objetivos de melhorar o intercâmbio entre os seguros de saúde, a expansão do *Medicaid* e a ampliação da supervisão das companhias de seguros (RICE et al., 2012; LaPIERRE, 2012).

Submetidos aos constrangimentos financeiros e mediante a existência de subsetores sanitários segmentados, comumente, as novas estruturações do *mix* público e privado na América Latina dão-se por meio de dificuldades dos governos em estabelecerem parâmetros para o sistema privado e ou em optar pelo setor público (BUSTAMANTE E MÉNDEZ, 2014; FIGUERAS, 2002). Por exemplo, antes

de iniciarem suas respectivas reformas dos cuidados de saúde nos anos 1980, Chile, Colômbia e México tinham sistemas de saúde semelhantes em termos de financiamento, provisão de serviços e *mix* público e privado. Após trinta anos, observou-se que todos eles mudaram os papéis tradicionais do setor privado e do público, mas cada qual de um modo. O Chile foi o que mais optou por uma transferência de responsabilidades públicas para o setor privado. Desde os anos de 1980, a ostensiva orientação para o mercado deu-se pela transferência de fundos públicos de pensão para instituições privadas e atenção à população pobre. A Colômbia decidiu por uma gestão e contribuições públicas, mas com serviços privados contratados. A principal diretriz da reforma colombiana foi garantir uma cobertura universal, mais especificamente com serviços eficientes e com qualidade na atenção básica à saúde, por meio de uma solidariedade financeira entre ricos e pobres. A regulação, o financiamento e os serviços coletivos foram considerados responsabilidades públicas, enquanto a articulação e a prestação de serviços individuais foram delegadas ao mercado. O México introduziu os planos privados como alternativa. Como consequência, o *mix* público e privado tem-se alterado com financiamentos públicos, cada vez mais utilizados para financiar os serviços de saúde prestados pelo setor privado. O governo mexicano, por outra via, parece ter encontrado mais obstáculos para o claro objetivo governamental de abertura da política de saúde para a participação do setor privado, pois os seguros privados não faziam parte do seu legado. A *privatização da saúde* seguiu um ritmo bem mais lento do que nos outros dois países citados, tanto em função da trajetória da política, quanto por uma forte coalizão de atores que se opuseram à proposta de planos privados pré-pagos (BUSTAMANTE E MÉNDEZ, 2014; FLEURY, 2001; LEVINO E CARVALHO; 2011).

Em síntese, mesmo que todos os países tenham experimentado um novo contexto internacional e pressões pró-mercado, os sistemas de saúde ainda são diversificados. Como as mudanças recentes não convergem apenas para um único modelo, a constituição de sistemas mistos de saúde em si não representa, pela leitura aqui sugerida, uniformização das experiências de acomodações à nova realidade ou reformas mais radicais. Cada país possui trajetórias e dinâmicas políticas próprias, ora mais propensas a persistir ou estabelecer a soberania pública, ora mais impetuosa em ampliar a participação do domínio privado na prestação e no

financiamento de serviços de saúde. Além disso, ainda é impreciso saber melhor quais os efeitos do advento da entrada de governos de esquerda em reformas de saúde voltadas para a ampliação da igualdade e o fortalecimento do Estado como provedor da atenção à saúde, algo com o que se quer colaborar neste estudo a partir do caso brasileiro.

2.2.3 Inovações e restrições da política de saúde brasileira

As políticas prévias ao SUS foram marcadas pela configuração de uma rede de serviços pública e privada, coordenada pelo Estado, a qual deveria atender aos contribuintes da Previdência Social. Quem não era beneficiário da Previdência ou quem não possuía recursos financeiros para pagar planos ou seguro privado de saúde, ou serviços diretos, dependia da caridade e da filantropia, ou dos escassos serviços públicos interiorizados. Assim, apesar de muitas ações e serviços voltados para os problemas coletivos, a assistência médico-hospitalar era bastante restrita e segmentada.

Contramaré neoliberal que se estabelecia na década de 1980 e o anúncio de crise nos Estados de Bem-estar Social, no Brasil conseguiu-se instituir regras com feição de universalização da política se saúde. Ao buscar romper com padrões prévios da política, alterações significativas foram previstas na Constituição Federal de 1988, com a instituição da saúde como componente da seguridade social e a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) de responsabilidade estatal. Juridicamente inovou-se, ao estabelecer que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196). Bem diferente do que fora estabelecido antes, garantiu-se o direito à saúde para todos os brasileiros, sem acepção ou discriminação, de acesso aos serviços de saúde oferecidos por um sistema público, o que representou, em termos jurídicos, uma importante inflexão da política, a qual deixaria de estar ancorada na lógica de seguro social e/ou de mercadorização, para o raciocínio da universalização por meio de uma alteração acentuada acerca das responsabilidades do Estado nos moldes do que se propunha na Reforma Sanitária.

> Ao traduzir a noção de equidade como o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação positiva ou negativa, a Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva (FLEURY, 1997, p.33).

Às vésperas de três décadas de mudança nas regras da política de saúde, o que de fato foi alterado? Em relação aos dispositivos de gestão compartilhada, houve avanços no tocante aos arranjos de relações intergovernamentais e à adesão a uma política nacional de base local pelas unidades subnacionais, apesar das dificuldades de cooperação entre gestores e de coordenação de políticas (ARRETCH, 2010; MACHADO, 2009). A diretriz de participação e controle social foi consolidada, tornando-se um eixo organizador da política, com implantação em todo o território de dispositivos de tomada de decisão intergovernamental, bem como de controle social (GERSCHMAN, 2004; VAN STRALEN, 2006). A responsabilidade da assistência à saúde descolou-se do antigo Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, que atualmente assume os papéis de principal financiador, formulador e coordenador da política. Em um vigoroso processo de descentralização, as unidades subnacionais comprometeram-se com a responsabilidade da gestão dos serviços de saúde, bem como também de financiar o sistema (ARRETCH, 2010; MACHADO, 2009). Ainda sobre o processo organizativo, várias iniciativas foram desenvolvidas a fim de constituir redes regionalizadas de atenção à saúde, como forma de solucionar os problemas oriundos da inviabilidade técnica e econômica de atender todas as demandas de atenção à saúde nos municípios. O orçamento público tornou-se composto por recursos oriundos de impostos gerais, desvinculado da lógica de seguros sociais associados à inserção dos indivíduos no mercado de trabalho.

Esse sistema público também criou um arcabouço institucional próprio, baseado nas diretrizes da descentralização, da regionalização e do controle social e gestão compartilhada entre as três esferas de governo. Nessa configuração, formou-se um amplo conjunto de colegiados de participação e deliberação da sociedade e dos gestores. Em termos de controle e participação da sociedade, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) é a instância deliberativa de âmbito nacional, composta por entidades representantes de usuários, de profissionais de saúde, de prestadores empresariais e de serviço da área da saúde e do governo. Em termos de decisão

intergovernamental, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um colegiado de relevância para a compreensão das principais decisões do sistema, que afeta as três esferas de governo, composta por representações de gestores: Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde. Enfim, para aclarar e ao mesmo tempo resumir essas inovações, o quadro abaixo compara alguns definidores da política de saúde, antes e depois da implantação do SUS:

Quadro 1 - A política pública de saúde antes e depois do SUS, aspectos selecionados.

Aspectos	Políticas prévias	SUS
Cobertura	Limitada às pessoas inseridas na Previdência Social.	Universal – todos os cidadãos têm o direito à saúde e devem ser atendidos de modo igual em todo o território nacional.
Coordenação da Política	Fragmentação institucional: separação da assistência (instituições previdenciárias, em sua maior parte) das medidas de saúde coletiva (Ministério da Saúde).	Integração Institucional: Ministério da Saúde assume os papéis de principal financiador, formulador e coordenador da política.
Competências das Unidades da Federação	Política centralizada no âmbito do Governo Federal; unidades subnacionais com poucas atribuições relativas aos cuidados com a saúde.	Descentralização e Regionalização - as unidades subnacionais comprometem-se com a responsabilidade da gestão dos serviços de saúde e com o financiamento do sistema; pactos intergovernamentais para a definição e efetivação de redes regionalizadas de atenção à saúde.
Participação	Baixa participação social e das unidades subnacionais.	Participação - eixo organizador da política, com implantação em todo o território de dispositivos de tomada de decisão intergovernamental, bem como de participação e controle social.
Financiamento	O financiamento da assistência compunha-se pelas contribuições de trabalhadores e empresas, com ínfimos recursos oriundos de impostos gerais.	Financiamento - orçamento público tornou-se composto por recursos oriundos de impostos gerais, desvinculado de contribuições trabalhistas.

Fonte: elaboração própria.

O SUS é responsável por uma ampla produção de serviços de saúde em todo o território nacional. Além das tradicionais ações de saúde pública, como vigilâncias (sanitária, epidemiológica e ambiental) e imunização, ele possui uma rede de serviços responsável por atendimentos básicos, especializados e hospitalares, o que inclui os mais variados tipos de consultas, exames, internações etc. Fora isso, esse Sistema desenvolve políticas e programas bem-sucedidos, como a política de medicamentos, de controle e tratamento de pacientes com HIV/AIDS e de transplantes (COELHO, 2010). Para regular esse Sistema, ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância são compartilhadas entre os três entes federados, sendo a União responsável pela sua coordenação.

Em que pesem as mudanças, análises sobre a política de saúde brasileira conjugam-se para formar o que se convencionou chamar de *impasses do SUS,* aqui entendidos como restrições à inovação. Alguns deles são as formas de gestão inadequadas para a efetivação do sistema (CARVALHO, 2010): a persistência de iniquidades assistenciais e regionais, apesar de algumas políticas bem-sucedidas e maior aporte às regiões historicamente menos assistidas de serviços e equipamentos (COELHO, 2010; CORDEIRO et al., 2010); a escassez e dificuldades de fixação de profissionais médicos, especialmente em áreas remotas e desassistidas (CAMPOS et al., 2009); os problemas relacionados ao financiamento público insuficiente, com dificuldades de estabelecer fontes adequadas e persistência de iniquidades na alocação de recursos (MENDES E MARQUES, 1999; VIANA, 2011; MARQUES e MENDES, 2012; RODRIGUES dos SANTOS, 2013; UGÁ; PORTO E PIOLA, 2012; PIOLA 2013; SOARES, 2014); e as relações entre o público e o privado na política pública de saúde (PAIM, 2007; MENICUCCI, 2007; COELHO, 2016; SANTOS, 2010; CAMPOS, 2007; BAHIA, 2009; 2011).

Sobre essa última questão, é notória a manutenção de relações imbricadas entre o poder público e a iniciativa privada, como as chamadas “subvenções crescentes com recursos federais ao mercado dos planos privados de saúde” (RODRIGUES DOS SANTOS, 2013), o que equivale a dizer que há uma continuidade de práticas de incentivos governamentais ao setor de planos e seguros privados. Observam-se também incentivos estatais indiretos, nos quais se estabelecem e renovam-se regras, ao longo do tempo, em que se deixa de arrecadar parte dos tributos. Isso gera um financiamento implícito do Estado aos

planos e seguros de saúde (isenções e deduções no recolhimento de tributos de empresas, indústria farmacêutica e consumidores na saúde etc.). O financiamento público de planos privados de saúde para atender às demandas de servidores públicos, incluindo as empresas estatais, apresenta-se como uma das formas de o Estado despender recursos com o segmento de planos e seguros de saúde, e que mostra as ambiguidades de uma política de saúde que formalmente deve zelar pela igualdade, mas mantém uma assistência diferenciada para a burocracia estatal em relação aos demais cidadãos do país, por meio de planos de autogestão. Outro elemento que atravessa essa discussão diz respeito à concentração de estabelecimentos e equipamentos no setor privado, especialmente de média e alta complexidade. Fala-se, ainda, que o Estado, indiretamente, financia a assistência privada à saúde, por meio de subsídios fiscais. Para oferecer uma noção, a estimativa do gasto tributário em saúde como proporção das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) do Ministério da Saúde se manteve estável no período de 2003 a 2013, apesar de algumas oscilações. Em 2006, o percentual alcançou 36,6%. Em onze anos, a preços médios de 2013, o governo subsidiou o setor em aproximadamente R$ 230 bilhões. O que equivale a cerca de 30% das despesas do Ministério da Saúde (OCKÉ-REIS, 2013; MENDES E WEILLER, 2015).

Tais “indícios” sugerem que, a despeito das inovações jurídico-institucionais, Estado e mercado ainda permanecem imbricados em dinâmicas institucionais complexas, com discrepâncias entre a determinação constitucional de instauração de um sistema universal e igualitário no país e a política tangível. Parece, ainda, haver ambiguidades entre uma política de saúde que formalmente zela pela igualdade, mas admite e mantém uma assistência diferenciada para a burocracia pública em relação aos demais cidadãos do país – por meio de planos de autogestão, incentiva o financiamento privado da política e cria meios de fortalecimento de uma assistência privada à saúde. Em outras palavras, mediante um intrincado jogo político, no qual atores políticos buscam imprimir as suas preferências, a política de saúde parece ter se constituído, em ato, estimulando a coexistência de dois sistemas de saúde, de modo a tornar o SUS um sistema de saúde que minimiza os efeitos da mercadorização, mas que não a supera.

2.3 O SUS não é único

Há mais de um modo de inserção desse tipo de assistência privada em sistemas de saúde. Como o próprio nome sugere, os planos de saúde são inseridos de forma *complementar* quando o setor privado acrescenta serviços que não são cobertos pelo Estado, ou o são parcialmente, ou mesmo quando apoia o sistema público na prestação de serviços. Eles são *substitutivos* quando o indivíduo deve optar pelo sistema público ou pelo seguro privado. Eles participam de forma *primária* quando é a assistência preponderante na política de saúde, e cabe ao Estado uma atuação residual, complementar. No caso da assistência *suplementar*, o segmento torna-se uma rede médico-assistencial à saúde paralela ao sistema público de saúde (SANTOS et al., 2008).

No Brasil, as regras que estabeleceram o SUS definiram-no livre à iniciativa privada de forma *complementar*, mas, pelo menos no que diz respeito aos planos e seguros de saúde, a realidade a evidencia como uma participação *suplementar*. Logo no início dos anos 1990, uma interpretação para o que se verificava no campo foi a de ter se estabelecido uma política de saúde no Brasil composta por dois subsistemas de saúde: o subsistema público e o subsistema privado. O público – o SUS – operando pela lógica do acesso universal e o subsistema privado organizando-se a partir de uma lógica essencialmente capitalista de prestação de serviços. Este seria formado por quatro segmentos: 1) rede de prestadores de serviços contratado pelo setor público, formado por clínicas e hospitais lucrativos filantrópicos que vendem serviços para atendimento de uma clientela sem nenhum grau de diferenciação entre os usuários; 2) médico assistencial das famílias, cujas modalidades atendem a indivíduos e seus familiares, que voluntariamente compram serviços diretamente de prestadores ou estabelecem contratos por meio de seguros e planos de saúde; 3) beneficente filantrópico, voltado para clientelas abertas e fechadas e sem fins lucrativos; 4) médico assistencial das empresas, que atende a clientelas específicas vinculadas ao mercado formal de trabalho, por meio de diversas modalidades (MÉDICI, 1992).

A assistência médico-empresarial guia-se por um raciocínio de gestão do risco financeiro. Como toda pessoa estar está exposta a algum grau de risco de adoecer, existe um custo financeiro para o diagnóstico, tratamento e reabilitação, por vezes capaz de ser muito alto em relação ao poder aquisitivo dos indivíduos. Para

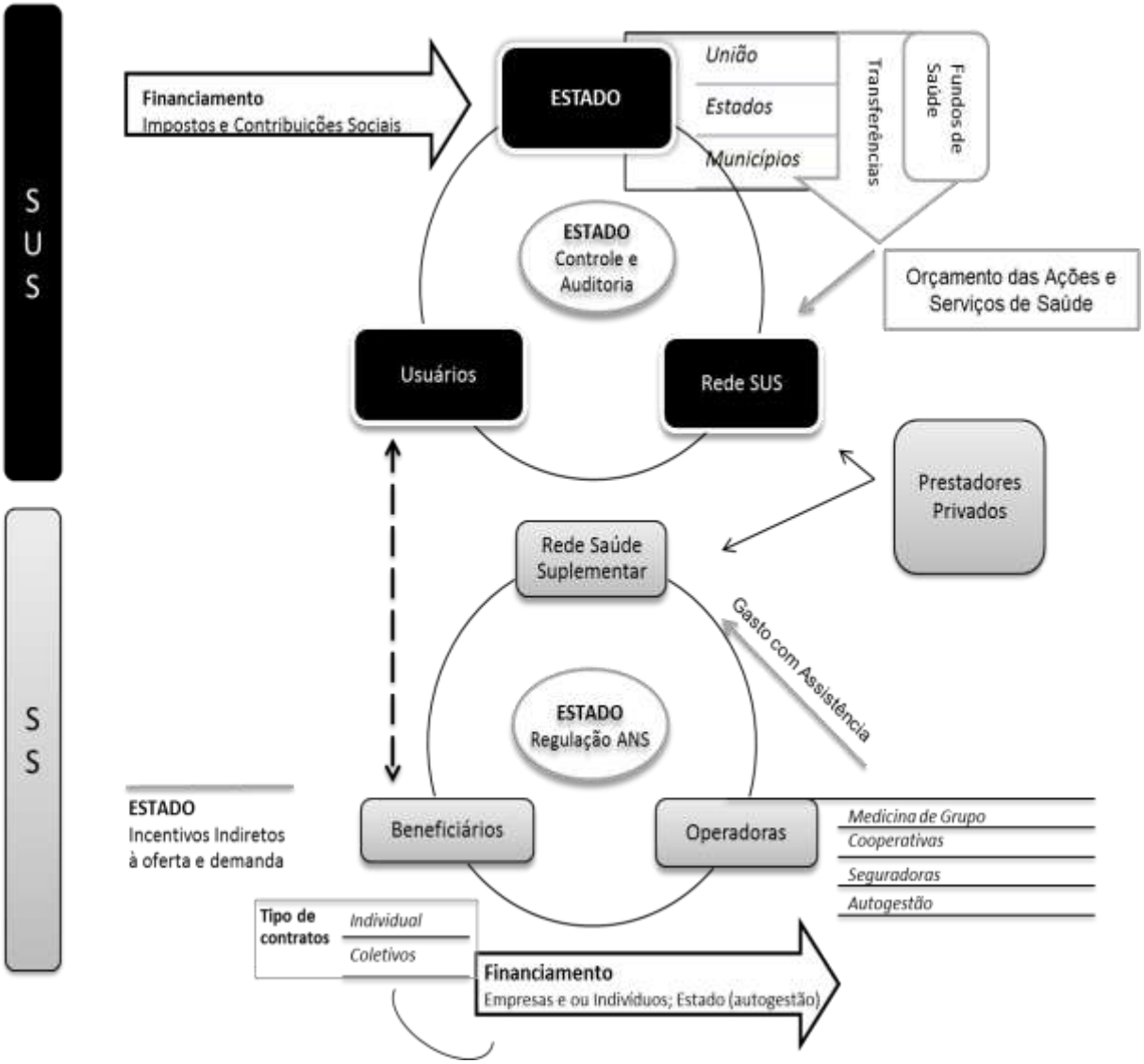
evitar esses custos, busca-se salvaguardar os indivíduos e famílias de eventuais necessidades de despender recursos para o reestabelecimento da saúde. Os planos e seguros privados de saúde são, portanto, um mecanismo para evitar perdas financeiras associadas à assistência à saúde (BAHIA, 1999; CECHIN, 2008). Mediante a robustez atual de um mercado de saúde suplementar, o pressuposto de existir um sistema único no Brasil, composto por dois subsistemas de financiamento, um privado e outro público, como Reis (2000) procurou sustentar, parece inadequado para o que ocorre na realidade atual. Nesse ponto, acredita-se que Menicucci (2007) demonstrou mais precisão ao afirmar haver uma dualidade da política, não apenas pelas dimensões privadas e públicas do financiamento, mas por existirem duas institucionalidades diferentes e autônomas uma da outra, ambas exigindo uma ação governamental para a sua normatização e funcionamento – o SUS e a Saúde Suplementar.

Nesse raciocínio, parte-se da premissa de haver duas institucionalidades que funcionam por lógicas e condições totalmente distintas, e sem interconexões. Por um lado, o SUS é financiado por recursos arrecadados pelo Poder Público. Os gestores das três esferas de governo compartilham a responsabilidade de regular o Sistema, estabelecem mecanismos de transferências de recursos governamentais para custear as ações e os serviços de saúde, prestados por uma rede própria ou complementar, de acordo com as responsabilidades preestabelecidas e pactuadas. Pelo outro lado, na Saúde Suplementar, o financiamento ocorre por meio de recursos oriundos de beneficiários e empresas que estabelecem contratos (individuais ou coletivos) com empresas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde. Em suas diferentes modalidades assistenciais (medicina de grupo, cooperativa, seguradora e autogestão), essas operadoras possuem serviços próprios e/ou também contam com uma rede de prestadores privados para a prestação de serviços de saúde aos seus segurados. Nesse caso, a atuação do Estado dá-se por meio de incentivos indiretos, bem como por ações de regulação, definidas e acompanhadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

Essa última é uma autarquia ligada ao Ministério da Saúde, estabelecida pela Lei 9961/2000. Ela conta com grande autonomia na regulação e normatização do setor e vem progressivamente estabelecendo mecanismos capazes de aumentar a homogeneidade de regras e os pré-requisitos para os atores. A normatização

envolve o escopo da assistência que deve constar em cada tipo de plano de saúde, regras para o ingresso e a saída de operadoras, garantias que devem ser fornecidas aos beneficiários, dentre outros aspectos, o que vem reforçando o caráter “sistêmico” do segmento, mas sem estabelecer mecanismos efetivos de integração da assistência privada com o SUS (COELHO, 2016; MENICUCCI, 2007). A figura a seguir sistematiza a institucionalidade do SUS e da Saúde Suplementar no Brasil.

Figura 2 - A dualidade da política de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde e a Saúde Suplementar



Fonte: elaboração própria.

O fato ao qual se deseja chamar atenção é o de que, ao se definir que os planos assistenciais privados fossem inseridos na política pública de um modo

suplementar, inclusive criando-se um arcabouço jurídico-institucional próprio e independente do SUS, essa assistência privada tornou-se um sistema paralelo. Isso equivaleu a instituir uma cobertura assistencial dupla, na qual uma parte da população mantém seu direito à saúde pública, mas também é assegurada por outro sistema de saúde que, usualmente, se diferencia do SUS, por concentrar-se apenas nas ações de assistência médico-hospitalar e fomentar dessemelhanças na hotelaria e no que tange às facilidades de acesso às consultas, exames e cirurgias eletivas. Assim sendo, a força da política de saúde é diminuída em sua capacidade de romper com padrões de desigualdade assistencial, atravessada por elevada mercadorização da saúde.

Há quem diga que a expansão do sistema privado concomitante à implementação do SUS deu-se em razão da queda da qualidade dos serviços públicos (FAVERET E OLIVEIRA, 1990). Outro argumento destaca as políticas de reforma do Estado empreendidas no contexto da América Latina nos anos 1980 e 1990, cuja ideia perpassava o fortalecimento do setor privado na saúde e a contenção das despesas públicas. Ou seja, a mudança constitucional teria sido limitada em razão das políticas conservadoras pós-1988 (ALMEIDA, 1997; FLEURY, 1995; LAURELL, 1995). De outra parte, a consolidação da saúde suplementar é explicada mais por decisões prévias e cultura institucional do que pelas mazelas dos serviços públicos e da conjuntura política (BAHIA, 1999 MENICUCCI, 2007). Com mais apreço por essa última explicação, este estudo acrescenta a necessidade de explorar melhor a ação governamental pós-constituição, em suas variações.

2.4 A expansão da Saúde Suplementar em relação ao SUS

Entre dezembro de 2000 e setembro de 2015, o número de beneficiários com cobertura assistencial médica com ou sem odontologia privada passou de 31,16 milhões para 50,3 milhões de brasileiros. Se somados ao número de pessoas com planos exclusivamente odontológicos são cerca de 70 milhões de brasileiros com planos privados. A série histórica mostra, também, que a taxa de crescimento anual do número de beneficiários varia em torno do Produto Interno Bruto e do emprego, apontando para uma associação relevante do setor com as condições econômicas das famílias e sua inserção no trabalho formal. Aliás, sobre esse último aspecto, vê-se que a contratação de planos é majoritariamente atrelada ao trabalho, pois cerca

de 80% dos planos foram adquiridos em situações em que empresas, conselhos profissionais, sindicatos ou associações contratam uma operadora de planos de saúde para oferecer assistência médica e/ou odontológica às pessoas vinculadas à instituição e aos seus dependentes[5]. Dos mais de 280 mil prestadores constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 44,3% atendiam ao setor suplementar, sendo que alguns desses também atendiam por financiamento público. Quanto ao número de operadoras, a tendência foi de uma redução no número de empresas que comercializam os planos de saúde. Em 2000 eram 2004 empresas, número que diminuiu para 999, em setembro de 2015, o que aponta para um processo seletivo nesse mercado (ANS, 2015).

Pelo ponto de vista financeiro, há, pelo menos, três maneiras de o Estado facilitar o desenvolvimento do mercado da saúde no Brasil. Uma delas, bastante criticada, são as desonerações fiscais a prestadores privados e consumidores dos seus serviços. Outra é o gasto de órgãos públicos com prestadores privados e operadoras de seguros de saúde para a assistência à saúde de seus trabalhadores e familiares. Uma terceira é o uso de serviços do SUS por clientes de operadoras privadas, nos casos em que não ocorre o ressarcimento ao sistema público[6] (UGÁ, PORTO E PIOLA, 2012).

Em termos de recursos disponíveis para a assistência, as operadoras médico-hospitalares, em 2015, apresentaram uma despesa assistencial de R$ 120,1 bilhões[7], destinados exclusivamente à assistência médica de seus 49,4 milhões de beneficiários de planos de assistência médica, cerca de um quarto da população do país (ANS, 2016). Se somadas as despesas administrativas, despesas de comercialização e outros tipos de despesas declaradas, o montante de gastos da Saúde Suplementar foi de R$ 157.8 bilhões. Por seu turno, o SUS, responsável pelo atendimento de toda a população, contou com R$ 229,1 bilhões (somando recursos

[5] Existem dois tipos de planos coletivos: os empresariais, que prestam assistência à saúde dos funcionários da empresa contratante graças ao vínculo empregatício ou estatutário; e os coletivos por adesão, que são contratados por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais (ANS, 2015).

[6] É obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde restituir as despesas do Sistema Único de Saúde no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos. Em http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/263-ressarcimento-ao-sus, acessado em 05 de agosto de 2017.

[7] As informações sobre receitas e despesas das operadoras estão disponíveis em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_rc.def, acessado em 31 de janeiro de 2017. Valores correntes de 2016.

das três esferas de governo)[8] para cuidar, além das questões assistenciais, de toda a vigilância à saúde, vigilância de portos e aeroportos, fiscalização de estabelecimentos, imunização etc.[9]. Analisando a despesa per capita anual, a saúde suplementar tem gasto com assistência e outras despesas para a sua administração e manutenção bem mais do que o SUS: R$ 3.195,09 contra R$ 1.136,94.

Quanto à distribuição dos beneficiários em regiões e classes sociais, observam-se desigualdades que apontam para antigas segmentações sociais do país. Predominantemente, os beneficiários estão nos grandes centros urbanos das regiões Sudeste e Sul, onde algumas capitais já contam com mais da metade da população vinculada ao segmento da saúde suplementar. Além disso, é nesses grandes centros que os planos cobrem um maior número de procedimentos médicos. As classes de maior rendimento familiar mensal e com melhores condições de saúde são as que mais possuem planos privados. Com a elevação do nível de renda, sobe tanto o grau de cobertura dos planos de saúde, como o gasto privado com saúde das famílias. A inserção no mercado de trabalho formal ou em instituições públicas também diz das chances das pessoas aderirem a planos privados de saúde (BAHIA, 2008; COELHO, 2010; KILSZTAJN et al., 2002; SANTOS et al., 2008; TRAVASSOS et al., 2006).

Associada aos recursos financeiros disponíveis para os gastos de cada um desses sistemas, bem como à própria trajetória da política, que tendeu a incentivar o fomento da rede privada de serviços em setores de maior concentração tecnológica, a relação entre demanda e a rede de serviços disposta para os usuários do SUS e para os beneficiários dos planos assistenciais de saúde também revela desproporções. Com dados da primeira metade de 2000, Bahia (2005) já havia

---

[8] A despesa da União com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) foi de 96,4 bilhões (valor liquidado). Aqui foram excluídas as despesas referentes à previdência de inativos e pensionistas da União; serviços da dívida externa; operações especiais: outros encargos sociais (naquele ano também associado às questões previdenciárias, como benefícios e pensões indenizatórias). Ver http://www3.transparencia.gov.br/jsp/execucao/execucaoPorProgGoverno.jsf. Para o mesmo período, as despesas estaduais e municipais foram de 60.3 bi e 72.2 bi, respectivamente. Essas despesas foram extraídas do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, disponíveis em http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS/SerHist/ESTADO/indicuf.def e http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def. Informações acessadas em 31 de janeiro de 2016.

[9] Importante não esquecer que parcela considerável dos usuários da saúde supletiva tem parte da sua assistência feita pelo SUS, por possuírem planos de saúde que não oferecem cobertura integral.

constatado que cerca de três quartos da população assistida exclusivamente pelo SUS tinha acesso a um número de estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde equivalente ao da saúde suplementar. Essa autora também identificou uma diferença gritante em relação aos serviços de diagnose e terapias, pois 71% dos serviços do país estavam dispostos para clientes de planos e seguros privados. Das 94.070 unidades assistenciais de saúde analisadas[10], 52.021 ou 55,3% tinham natureza jurídica pública, de maioria municipal (95,6%), sendo apenas 1,8% administradas pela esfera federal e 2,5% pela estadual, reverberando a política de descentralização da assistência à saúde implantada no País[11]. Das unidades categorizadas como privadas, apenas 4,6% são consideradas filantrópicas e 27,1% prestam serviços para o SUS. Isso significou uma tendência para a diminuição tanto da proporção de estabelecimentos sem fins lucrativos, quanto de estabelecimentos privados com vínculo com o SUS, que, em 2005, representavam respectivamente 9,4% e 30,6% dos estabelecimentos privados (IBGE, 2009).

Se tomadas as fontes financiadoras das atividades de saúde, constatou-se que 67,2% dos estabelecimentos prestavam serviços ao SUS, o que o tornava a fonte de financiamento ainda mais frequente entre os estabelecimentos de saúde, apesar da ligeira queda em relação a 2005, quando esta proporção era de 70,9%. Porém, esses dados em termos de tipo de estabelecimento, precisam ainda ser qualificados para se entender algumas iniquidades (IBGE, 2009).

O crescimento do setor público deu-se de forma muito mais expressiva nos estabelecimentos sem internação, ou seja, nos serviços ambulatoriais. Se voltada a atenção aos tipos de estabelecimentos, conforme mostrado na tabela 1, ver-se que a iniciativa privada concentra expressiva parte dos estabelecimentos com internação e de apoio à diagnose e terapia. De modo geral, os estabelecimentos de saúde sem internação cresceram sobremaneira entre 2005 e 2009, com aumento de 22,7%, sendo que os públicos representaram 69,8% do total de estabelecimentos enquadrados nessa especificação. Esta proporção vem caindo, dado o crescimento

[10] A pesquisa citada não contempla os estabelecimentos de saúde que não se constituem como pessoas jurídicas e os que sejam pessoas jurídicas, mas que tenham menos de três profissionais de saúde, portanto, possivelmente contabilizada uma parcela significativa dos consultórios privados.

[11] De acordo com a Pesquisa Estatística da Saúde - Assistência Médico-Sanitário – 1981 a 1990 – dos 23.858 estabelecimentos públicos, 50,6% eram municipais, 41,4% estaduais e 7,9% federal. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ams/cnv/amsobr.def, acessado em 28 de janeiro de 2017.

maior (9,9% ao ano) do número de estabelecimentos privados que os públicos (média 3,5% ao ano, no período), número que pode ser ainda maior em razão da pesquisa citada não considerar os consultórios médicos particulares com menos de três profissionais. Nesse aspecto, a contribuição da rede prestadora de serviços para o SUS é bem baixa, com apenas 3,7% dos seus estabelecimentos com atendimentos sem internação, ou seja, ambulatorial ou de emergência (IBGE, 2009). Com relação aos estabelecimentos com internação, 58,7% eram privados e 41,3% eram públicos em 2009. Naquelas circunstâncias, foi confirmada a tendência observada em pesquisas anteriores, tendo em vista a queda acumulada de 3,9% na oferta no período de 2005 a 2009, mais acentuada no setor privado (8,9%), e um discreto crescimento no setor público (4,1%) em todas as regiões do país, bem como a redução da participação dos prestadores privados de serviços na oferta de serviços ao SUS. Contudo, é importante observar que muitos dos hospitais do SUS são de pequeno porte, para atender às demandas dos 89,1% dos municípios brasileiros com menos de 50.000 habitantes (IBGE, 2009).

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa e tipo de atendimento – 2009

Estabelecimentos de Saúde			
Esfera Administrativa	**Tipo de Atendimento**	**Quantidade**	**%**
Pública	**Total**	**52.021**	**55,3%**
	Com internação	2.839	41.3%
	Sem internação	47.414	69,8%
	Apoio à diagnose e terapia	1.768	9,2%
Privada	**Total**	**42.049**	**44,7%**
	Com internação	4.036	58,7%
	Sem internação	20.487	30,2%
	Apoio à diagnose e terapia	17.526	90,8%
Privada/SUS	**Total**	**11380**	**12,1%**
	Com internação	2.707	39,4%
	Sem internação	2.525	3,7%
	Apoio à diagnose e terapia	6.148	31,9%
	Total Brasil	94.070	100%

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2009.

Outro indicador que pode ajudar a apreciar a distribuição dos estabelecimentos com internação é o número de leitos hospitalares, que também sofreu uma queda, conforme a tendência de outros países. A Portaria 1.101/2002

recomenda uma média de 2,50 a 3,00 leitos por mil habitantes, mas a cobertura populacional observada atualmente para os usuários do SUS se encontra, em termos de média nacional, considerando os leitos públicos e privados disponíveis ao SUS, abaixo de 2,3 leitos para mil habitantes (a cobertura em 1992 era de 3,65 leitos por mil habitantes) (COELHO, 2016). A rede de prestadores de serviços, que antes atendia às demandas especializadas do SUS, começou a retrair-se e voltar-se para atender ao segmento mais financiado, ou seja, a saúde suplementar (COELHO, 2013; CORDEIRO, 2003; SANTOS E GERSCHMAN, 2004).

Tal situação complica quando se detalha a incorporação tecnológica desses hospitais e outros estabelecimentos que se declaram com Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), ou seja, que dispõem de atendimento para a elucidação de diagnósticos (ultrassonografia, eletrocardiograma, anatomia patológica etc.) e realização de tratamentos específicos (quimioterapia, diálise etc.) , conforme compilado na tabela abaixo.

Tabela 2 - Equipamentos selecionados de maior complexidade existentes em estabelecimentos de saúde, disponíveis ao SUS - Brasil 2009.

Tipo de Equipamento	Tipo de Atendimento	Pública	Privada	Total	Disponível ao SUS	% SUS
Exames por Imagem	Mamógrafo	474	2822	4143	1357	41,2%
	Raio X Simples	1311	5034	6345	2658	41,9%
	Tomógrafo computadorizado	382	2637	3019	1145	37,9%
	Ressonância magnética	69	1130	1199	361	30,1%
	Ultrassom doppler colorido	1434	9104	10538	2927	27,8%
	Ultrassom ecógrafo	2532	6316	8848	3910	44,2%
	Total	**6202**	**27043**	**34092**	**12358**	**36,2%**
Métodos óticos	Endoscópio das vias respiratórias	595	1 901	2 496	1 003	40,2%
	Endoscópio das vias urinárias	460	1 363	1 823	850	46,6%
	Endoscópio digestivo	1 670	5 859	7 529	2 972	39,5%
	Equipamento para optometria	575	2 239	2 814	1 139	40,5%
	Laparoscópio/vídeo	609	2 849	3 458	1 402	40,5%
	Microscópio cirúrgico	885	3 756	4 641	2 301	49,6%
	Total	**3124**	**17967**	**22761**	**9667**	**42,5%**

Terapia por radiação	Radioterapia	82	401	483	317	65,6%
	Medicina Nuclear	26	222	248	128	51,6%
	Total	**108**	**623**	**731**	**445**	**60,9%**
Equipamentos para a manutenção da vida	Berço aquecido	6 062	8 669	14 731	11 321	76,8%
	Desfibrilador	9 147	17 214	26 361	16 056	60,9%
	Equipamento de fototerapia	5 142	7 284	12 426	8 973	72,2%
	Incubadora	6 585	9 885	16 470	11 795	71,6%
	Marcapasso temporário	918	2 344	3 262	1 750	53,6%
	Monitor de ECG	16 886	37 434	54 320	29 922	55,1%
	Monitor de pressão invasivo	5 432	13 382	18 814	9 526	50,6%
	Monitor de pressão não invasivo	13 071	31 319	44 390	23 449	52,8%
	Oxímetro	15 681	36 914	52 595	29 431	54,1%
	Reanimador pulmonar	30 568	46 650	77 218	51 638	66,9%
	Respirador/ventilador adulto	12 324	21 884	34 208	20 447	59,8%
	Respirador/ventilador infantil	4 671	6 928	11 599	7 582	65,4%
	Total	**126487**	**239907**	**366394**	**221890**	**60,6%**

Fonte: IBGE, 2009

Quase a totalidade dos SADT's são privados (90,8%), apesar de recente aumento nos índices de crescimento do setor público. Um terço dos estabelecimentos privados com esses tipos de serviço está disposto também para o SUS (31,9%), porém, como alertam Santos et al. (2013), os estabelecimentos classificados como privado/SUS não indicam que a totalidade de sua capacidade instalada está disponível ao usuários do SUS, estando ainda a maior parte dos equipamentos e procedimentos mais complexos, em termos tecnológicos, voltados para a demanda privada, seja por pagamento direto ou para clientes das operadoras de planos assistenciais de saúde. Ou seja, é gritante a diferença na distribuição de serviços de maior complexidade no Brasil.

Vê-se ainda que apenas 18,2% dos equipamentos de diagnóstico por imagem eram públicos e 36,2% estavam disponíveis às demandas do SUS. Situação similar é encontrada em relação aos equipamentos com método ótico,

como as endoscopias. Nesses últimos, apenas 13,7% dos equipamentos eram públicos e 42,5% do total estavam disponíveis aos usuários do SUS. Esses dados indicam, portanto, que os 151 milhões de brasileiros com acesso exclusivo ao SUS, naquele ano, tinham à sua disposição menos da metade do número de equipamentos essenciais para esses tipos de apoio diagnóstico do que os outros 42,5 milhões de habitantes que possuem cobertura duplicada. Isso sem levar em conta, é claro, que um número significativo desses equipamentos disponíveis aos usuários do SUS estava também ao dispor dos beneficiários da saúde suplementar e daqueles que podem arcar diretamente com o pagamento dos exames.

Em relação aos equipamentos de radiação, a diferença entre os dois sistemas de saúde diminui, mas não deixa de ser preocupante em termos de discrepâncias na acessibilidade. Em relação aos equipamentos de medicina nuclear, importante para o diagnóstico e tratamento de doenças como o hipertireoidismo e câncer de tireoide, por exemplo, apenas 26 equipamentos eram públicos (10,5%) e 128 (51,5%) estavam desimpedidos para os usuários do SUS, o que equivale também a dizer que 41,1% do total desse tipo de equipamento eram dispostos tanto para usuários do SUS quanto para os da saúde suplementar. No caso da radioterapia, por outro lado, o número de equipamentos dispostos ao SUS chega a 65,6% do total, o que reforça as afirmações de que o SUS, para algumas áreas, é eficiente, dentre as quais o tratamento do câncer. Quanto aos equipamentos necessários para a manutenção da vida, muito comuns em Centros de Terapia Intensiva, 60,6% são acessíveis aos usuários do SUS. Em outra perspectiva, dos 6.995 serviços de emergência no país, 79,4% eram financiados pelo SUS. Nesse caso, o pagamento direto de particulares e por meio dos planos privados de saúde se equivalem, 42,8% e 42,4%, respectivamente[12].

Por certo, não é o Sistema Único de Saúde como um todo que apresenta dificuldades. O sistema de transplantes, alguns procedimentos cirúrgicos, determinadas propedêuticas complexas, tratamento do câncer, problemas renais etc., embora devam ser permanentemente aperfeiçoados, são avançados. Em

[12] Pela análise de Coelho (2016), as iniquidades no acesso aos serviços de saúde, em relação ao grau de incorporação tecnológica dos hospitais brasileiros é a expressão de um paradoxo, por ser ela relativamente baixa quando analisado o conjunto dos hospitais, mas acelerada em alguns deles, especialmente no setor privado que presta serviço à saúde suplementar. Haveria uma *situação bipolar,* com um pequeno número de hospitais com um grau de incorporação tecnológica de qualidade igual ou superior a alguns países ricos, e a maior parte com um alto grau de defasagem.

outras áreas também se percebe um crescente aprimoramento, como as emergências e a política de medicamentos. Porém, o SUS fica bastante vulnerável, inclusive diante da opinião pública, pelas severas dificuldades de acesso dos seus usuários aos procedimentos médicos de baixa e moderada complexidade, exames complementares, consultas especializadas e internações hospitalares (COELHO, 2007). Nesses aspectos, destacam-se as desproporções do acesso entre os usuários exclusivos desse sistema e os consumidores de planos assistenciais privados. Portanto, por mais que as operadoras nem sempre garantam a integralidade da atenção, especialmente nos casos de planos mais limitados, ainda assim, elas disponibilizam uma série de estabelecimentos e equipamentos, em algumas áreas, melhores em quantidade do que o SUS.

Em média, os consumidores de planos privados possuem à sua disposição entre quatro a sete vezes mais equipamentos e tecnologias que os usuários do SUS. O gasto *per capita* em internação hospitalar chega a apresentar-se três vezes maior. Como visto, essas desproporções são mais acentuadas no acesso aos estabelecimentos e equipamentos de maior custo, como ressonâncias, mamografia, hemodinâmica, tomografias computadorizadas (BAHIA, 2008; COELHO, 2013; CORDEIRO et al., 2011; SANTOS et al., 2008). Além de não ter constituído uma ampla gama de serviços próprios, o SUS centra-se ainda em tecnologias de baixo custo, enquanto os prestadores privados priorizam os segmentos de atenção de média e alta complexidade, os quais são mais bem remunerados pela tabela SUS e mais valorizados por consumidores de planos de saúde.

É possível verificar, portanto, que, no Brasil, tem-se vivido a mercadorização do bem-estar no campo da saúde, expresso no crescimento e fortalecimento do que se denominada de saúde suplementar, geralmente restrito aos que detêm melhores condições de adquirir um plano de saúde (em sua maioria atrelada à sua própria inserção no trabalho), que se estrutura paralelamente ao SUS, numa relação imbricada entre Estado e mercado. Uma das consequências disso são as relevantes iniquidades no acesso a serviços de saúde, indo de encontro aos princípios constitucionais. Se tomado o fato de a cidadania, como conceito relacional, exigir o reconhecimento mútuo e a simetria de acesso aos direitos e deveres em diversos campos da existência humana e da sociedade

(GUIMARÃES E AMORIM, 2013), é necessária uma materialidade que deve ultrapassar a dimensão jurídica e simbólica da constituição dos direitos, fazendo que os cidadãos e as cidadãs se identifiquem como iguais e livres no uso de um bem público. Nesse sentido, o direito à saúde no Brasil aparece em suas contradições, muitas vezes com uma nova roupagem para definir um sistema de saúde que não se instrumentalizou para garantir a materialidade da justiça social. Enquanto o direito público à saúde não se constituir pauta social, esvazia-se qualquer princípio democrático na vida cotidiana das pessoas que buscam um serviço de saúde.

2.5 Síntese do capítulo

No campo da saúde, duas instituições têm estabelecido, historicamente, interações que incidem no tipo de política de saúde gerada: o Estado e o Mercado. A literatura sobre o papel e as funções do Estado, em especial na provisão da saúde, possibilitou evidenciar que há uma relação intrínseca entre mercado e Estado, não linear, tensa e ambígua, produzida na medida em que o Estado foi-se transformando e expandindo suas atribuições em sociedades democráticas e capitalistas. Isso é aguçado pelas disputas políticas, quase sempre alimentadas por dois paradigmas econômicos e políticos da modernidade – liberalismo e socialismo –, os quais também passam por transformações. Uma das implicações imediatas disso é o desacordo acerca da abrangência das funções estatais e da capacidade de governos implantarem com sucesso os seus objetivos em sociedades democráticas, alterando padrões preexistentes nessa relação, inclusive no que diz respeito às políticas de saúde.

Assim sendo, assume-se que Estado e mercado são instituições em disputa políticas, sustentadas por ideologias ou justificações éticas para a existência de ambas. Tanto um quanto o outro adquirem uma multiplicidade de interpretações e funções, transformam-se e adaptam-se às novas exigências ao longo do tempo, gerando influências mútuas. Mediante essas tensões, o Estado reinventa-se. Ao longo do tempo, estabeleceram-se muitas disputas acerca do papel do Estado na proteção social, em grande medida em função da existência de um mercado que também se dispõe a assumir funções na ordenação da vida coletiva, porém na perspectiva da maximização de interesses privados.

A depender de cada país, arranjos diferentes se estabelecem entre essas instituições para a constituição de políticas de proteção social, algumas mais capazes de diminuir a dependência das famílias do mercado, outras bem menos. Se for possível estabelecer uma linha comum entre a diversidade de experiências de bem-estar nos países, esta provavelmente mostraria que em momentos singulares da história criaram-se ideias, contextos e condições distintos, associados às preferências ideológicas dos governos. Quanto mais à esquerda no espectro partidário, mais os governos mostram-se propensos à expansão do Estado como provedor de demandas sociais, organizador da sociedade e direcionados para políticas redistributivas e igualitárias. Quando o poder público é dirigido por governos de direita e centro-direita, mais se espera que o mercado se fortaleça enquanto provedor das necessidades sociais, em detrimento do Estado, agora constrangido. No entanto, a própria diversidade das experiências sugere que há outros fatores interagindo para explicar os motivos pelos quais as políticas se estabelecem e mudam de determinados modos, ao invés de outros. Nem a conjuntura, nem as ideologias partidárias parecem perfeitamente decisivas para a mudança.

Ao se focar em políticas de saúde, percebe-se que os desenhos das políticas são também expressões dos desacordos acerca do papel do Estado e do mercado na provisão do bem-estar. Isso fica claro nos tipos ideais de sistemas de saúde, em grande medida definidos em função da distribuição de atribuições entre o Estado e o mercado, em consonância com os padrões de políticas de bem-estar originados nos países. Acontece que os sistemas de saúde também podem vir a sofrer mudanças. Isso fica mais claro quando se observam as alterações que ocorreram nos últimos anos permeados de medidas pró-mercado. Desse modo, por mais que os tipos ideais inspirem ideias acerca de quais políticas devem ser escolhidas e sejam úteis em estudos comparativos, no mundo empírico há uma diversidade de arranjos, bem mais ‘turvos’ em função das misturas entre o público e o privado. Assim sendo, possivelmente, melhor do que tentar enquadrar as experiências para fim de uma ‘estatização’ ou ‘privatização’ dos sistemas de saúde, seja mais frutífero raciocinar em função da capacidade de o Estado estabelecer e executar políticas de saúde na direção da igualdade de acesso.

No caso do Brasil, verifica-se que as regras constitucionais deram origem ao SUS, o que certamente instituiu uma nova organização para a saúde pública do

país, estruturada no fortalecimento do Estado para o desenvolvimento de políticas universais e igualitárias. No entanto, a oferta de serviços pelo mercado, que deveria ser complementar ao Estado, teve crescimento importante, seja nos recursos financeiros que movimenta, seja nos investimentos tecnológicos que realiza. Esse mercado permaneceu organizado em diferentes modalidades e tem gerado iniquidades, pois os beneficiários da saúde suplementar têm acesso aos serviços do SUS, mas o inverso não ocorre, afora a concentração de recursos financeiros, materiais e profissionais.

Portanto, por mais que se tenha inovado em termos assistenciais e administrativos ao se implantar o SUS, a pretensão constitucional de criar um sistema público que atendesse a todos de forma igualitária, com a rede privada como complementar, não se cumpriu. Verifica-se um processo de liberalização deste campo, no qual se podem identificar dois sistemas paralelos, com lógicas distintas, situação que não se altera, mesmo quando há variações na conjuntura política. Ou seja, mesmo quando um partido político localizado à esquerda no espectro político assume o governo nacional, o que teoricamente poderia retomar a proposta universalizante e igualitária, mantém-se o limite às inovações constitucionais, fortalecendo-se o mercado e consolidando-se os dois sistemas, o que aponta para a ocorrência de mudanças no desenho original. Quais fatores explicam essa constatação? O próximo capítulo apresenta o enquadramento teórico que contribuiu para a análise proposta e, consequentemente, para aclarar possíveis fatores explicativos.

3. MUDANÇAS EM POLÍTICAS PÚBLICAS: A OPÇÃO TEÓRICA E ANALÍTICA

Para analisar o processo que gerou o fenômeno de constituição da Saúde Suplementar em paralelo à implementação do SUS, na contramão dos marcos legais que apontavam na direção de um único sistema, uma escolha teórica e analítica foi realizada. Essa se fez pelo “neoinstitucionalismo”, a partir de agora também chamado somente de institucionalismo. Essa opção está associada, em primeiro lugar, ao ceticismo dessa abordagem em relação às visões atomistas do processo social e político, o que permite uma interpelação não acomodada à lógica do *input* e *output* das políticas públicas, porém atenta às pressões de múltiplos atores interessados em interferir nas decisões governamentais. Em segundo lugar, há um conjunto de autores deste campo que buscam responder como e por que instituições persistem e/ou mudam, o que evidencia um importante acúmulo teórico no que diz respeito à explicação das mudanças institucionais, por conseguinte, das políticas públicas.

Assim, este capítulo dedica-se a expor, ainda que sucintamente, tal guia teórico, bem como o delineamento do caminho analítico. Para isso, os pressupostos básicos e as variações da perspectiva institucionalista são apresentados, especialmente naquilo que se refere à continuidade e à mudança institucional. Nessa parte, busca-se identificar as divergências, mas, sobretudo, a complementaridade entre as abordagens racional, sociológica e histórica. Em seguida, com ênfase na versão histórica, tratam-se dos principais desafios para explicar a mudança institucional, e de seu suposto antagônico – a continuidade. Em destaque, fala-se dos tipos de mudanças e de como uma mescla complexa de fatores institucionais e da agência humana podem explicá-las, bem como sinalizam-se alguns mecanismos causais que podem explicar os processos de alteração em políticas públicas. Por fim, apresenta-se o caminho investigativo que orientou a elaboração das possíveis explicações para a questão de pesquisa, de acordo com o referencial apresentado.

3.1 Entre vantagens e obstáculos: a potência da abordagem institucionalista

3.1.1 Politicas públicas como instituições

O campo de estudos em políticas públicas é eminentemente multidisciplinar e conta com diferentes ênfases analíticas. Nele, várias disciplinas do conhecimento travam debates específicos e promovem as perspectivas mais variadas sobre o conjunto de políticas governamentais, também diversas em seus objetivos e meios. Se, por um lado, isso é positivo pela construção de um mosaico complexo que agrega diferentes contribuições das comunidades disciplinares, por outro, aumentam-se as chances de uma dispersão teórica e temática com a crescente especialização do debate (MARQUES, 2013). Mesmo quando em um único núcleo disciplinar, diferentes pontos de vista sobre políticas públicas são percebidos.

Enquanto subárea da ciência política, a análise de políticas públicas – o Estado em ação – nasceu em reciprocidade com o processo de diferenciação da ciência política[13]. Em seu desenvolvimento surgiram muitas perspectivas em relação a como as decisões são tomadas e como as políticas públicas são formuladas e mudam, e quais consequências elas trazem para a dinâmica política. Em conexão com as teorias do Estado, a análise de políticas públicas incorpora um conjunto de abordagens e modelos analíticos que pensam as políticas governamentais como algo ulterior aos seus resultados, com particular interesse em gerar conhecimento sobre a interação entre *policies* e *politics*. Com ênfases teóricas e enquadramentos analíticos diferentes, os pesquisadores da área demonstram interesse em estudar as múltiplas formas de atuação das autoridades públicas, o processo de decisão, a alocação de recursos e como a imposição de obrigações e benefícios aos cidadãos altera as condições e a dinâmica da vida social e econômica (HAY E LISTER, 2006; DRYZEK E DUNLEAVY, 2009).

[13] Quando iniciada no âmbito dos departamentos norte-americanos, em meados do século passado, buscava-se um nítido rompimento com a tradição europeia centrada na análise das instituições. Nesse novo horizonte, a preocupação era, em particular, com a produção dos governos e em constituir uma ciência aplicada. A premissa que orientava os estudiosos da área era a de que as pesquisas deveriam ajudar os governos na tomada de decisão. A literatura mais recente faz questão de distinguir a *policy analysis* da *policy advocacy*. Nessa última, a prescrição das políticas públicas ainda é um objetivo a ser perseguido, enquanto a *policy analysis* pode ser até o pré-requisito da prescrição, mas não se submete a esse objetivo.

As contribuições das abordagens institucionalistas para a subárea de políticas públicas foram circunscritas, por um período relativamente extenso, no âmbito dos estudos sobre o estado de bem-estar social, particularmente em países economicamente estáveis (SKOCPOL 2008). No entanto, tendo em vista a incorporação de uma perspectiva ampla de instituições como regras do jogo ou como configuradora do conflito político, o institucionalismo passou a ser uma abordagem usual para uma variedade bastante ampla de questões do campo (FREY, 2000; SOUZA, 2006). O ponto de partida de muitas pesquisas tornou-se entender que as políticas públicas também constituem regras do jogo, politicamente geradas, capazes de moldar diretamente a vida das pessoas e das organizações[14] (PIERSON, 2006; MENICUCCI, 2007).

Os ganhos em adotar essa perspectiva vão desde um tratamento peculiar dispendido às questões de ação coletiva e distribuição de bens coletivos até o reconhecimento de que as preferências e estratégias de tomadores de decisão de políticas governamentais são moldadas pelas regras providas por instituições. Seja enfatizando as preferências dos atores, a estrutura organizacional ou a história, de acordo com a abordagem adotada e o objeto examinado, a forma de analisar políticas públicas adquiriu um ângulo original ao inserir, de forma peculiar, as alternativas e as tomadas de decisão sobre intervenções governamentais em um contexto institucional (PIERSON E SKOCPOL, 2008; SOUZA, 2006). Para Souza, esse debate que insere o conflito político no contexto institucional é fundamental, devido ao cerne da formulação de políticas públicas que diz respeito à luta pelo poder e por recursos: “essa luta é mediada por instituições políticas e econômicas que levam as políticas públicas para certa direção e privilegiam alguns grupos em detrimento de outros, embora as instituições sozinhas não façam todos os papéis” (2006, p.39).

Um dos principais desdobramentos dessa assertiva é a suposição de que é possível descrever e interpretar os efeitos dos arranjos institucionais e do processo político nas políticas públicas, bem como o inverso, pois essas tanto criam regras quanto constrangem comportamentos (PIERSON, 2006). Nas palavras de

[14] A associação entre instituições e um jogo fica nítida na célebre definição de Douglas North (1990, p.3): “as instituições são as regras do jogo em uma sociedade ou, mais formalmente, são as limitações humanas planejadas que moldam a interação humana”.

Menicucci, “as principais políticas públicas também constituem importantes regras do jogo em uma sociedade, influenciando a alocação de recursos econômicos e políticos e modificando os custos e benefícios associados às estratégias políticas alternativas” (2007, p.25). Se dado foco à dinâmica institucional, as premissas institucionalistas ajudam também a entender que as políticas públicas são resultado de lutas políticas em que determinados elementos de repertórios culturais e ideológicos dos atores são mobilizados e promulgados. Essas lutas políticas possuem um lugar nos contextos histórico-institucionais que definem a atribuição e o exercício de poder, modelando, assim, a formulação de políticas, especialmente restringindo comportamento político por meio da operação de regras, normas e configurações organizacionais (THELEN E STEINMO, 1992).

A despeito de ser atraente analiticamente, a associação entre instituições e políticas públicas enfrenta argumentos contrários. Seria o novo institucionalismo capaz de investigar a imensa diversidade de interações sociais regularizadas nos mercados, nas famílias, nas legislaturas, nas eleições e em outras situações, e, do mesmo modo, as políticas públicas? Há, pelo menos, duas alegações contrárias. A primeira delas considera que as políticas públicas são plásticas, com efeitos mais indiretos na política, o que, porventura, atrapalha o reconhecimento de mecanismos causais significativos pelo ângulo institucionalista. A segunda alegação considera as dificuldades metodológicas oriundas da variedade e da heterogeneidade das políticas públicas, com a criação e existência de inúmeras regras, nos mais diversos tipos e arenas de política. De acordo com Pierson (2006), esse primeiro argumento é frágil e o segundo apresenta-se como um obstáculo real. A fragilidade deve-se ao fato de que, mesmo que as políticas públicas possuam uma dinâmica mais fluida, isso não chega ao ponto de torná-las facilmente mutáveis, pois elas também resistem às mudanças. No que diz respeito à dificuldade de desenvolver programas de investigação bem-sucedidos, especialmente para aqueles que almejam a comparação, o caminho investigativo é realmente mais laborioso. Mas, nem mesmo isso, segundo o autor, deve ser motivo para deixar de usar os ricos ‘*insights’* do novo institucionalismo para a compreensão das políticas públicas, particularmente quando se quer entendê-las como resultado do conflito político ou identificar os efeitos que elas geram na política. A sua solução é tratar a heterogeneidade das políticas públicas como uma possibilidade de aumentar a densidade das observações e o

diálogo entre elas, e ultrapassar as dificuldades metodológicas com estudos preocupados em dar um melhor tratamento à identificação e à análise dos mecanismos causais.

Entretanto, há outro desafio: a própria heterogeneidade da abordagem. As especificidades por detrás da aparente homogeneidade entre as diferentes matrizes teóricas – escolha racional, sociológica e histórica (HODGSON, 2006) – indicam que a análise das instituições sempre foi e será diversificada. No entanto, novamente aceitar a diversidade e até mesmo as ambiguidades como elementos inerentes que compõem a teoria, elevando os aspectos que a unem é, talvez, a melhor forma de aproveitar as vantagens dessa abordagem para o campo das políticas públicas (PETERS, 2011). Um argumento unificador para o estudo das políticas públicas é justamente o de que as instituições importam, de que elas persistem de modo muito mais robusto do que os agentes e de que as estruturas institucionais criam uma maior regularidade no comportamento humano. Disso decorre a compreensão de que todas as definições de instituições tendem a defini-la por características que incidem na estruturação do comportamento político e social, de modo relativamente duradouro (MAHONEY E THELEN, 2009).

Outra questão controversa é a aplicação desse referencial no estudo da mudança em políticas públicas. Por que usá-lo para a análise da mudança, se a preeminência dessas abordagens é a explicação da estabilidade, da resistência à mudança? Ora, é a própria superação dos obstáculos que torna as pesquisas por esse ângulo teórico ainda mais cativante, embora árido, como se verá mais adiante. Enfim, embora permeada por desafios, parte-se da ideia de que, seja em pesquisas cujo interesse do investigador volta-se para os motivos de uma política pública ser como é, seja quando os estudos estão mais curiosos acerca dos efeitos de uma determinada política pública na política, a perspectiva institucionalista oferece uma crescente aprendizagem sobre a influência recíproca entre instituições, atores e ideias, inclusive no que diz respeito à conexão entre estabilidade e mudança em políticas públicas, o que, por conseguinte, pode ajudar a compreender o objeto deste estudo.

3.1.2 Múltiplas formas de pensar as instituições e suas mudanças

Como já apontado, o institucionalismo tem sido diferenciado internamente a partir de três matrizes teóricas – escolha racional, sociológica e histórica – que apresentam suas próprias perspectivas acerca do que são as instituições, como elas persistem no tempo ou são alteradas, bem como quais aspectos devem ser focados ao estudá-las. A abordagem da escolha racional tem sua origem no campo da economia (WEINGAST, 1996) e considera que os atores (individuais e coletivos) possuem preferências por determinados resultados, buscando maximizá-las quando planejam estratégias e meios para alcançar os fins que almejam. Esta abordagem, chamada de *calculista* por Hall e Taylor (2003), possui variações conceituais e invoca diferentes contextos para resolver os problemas estratégicos inerentes às interações entre os atores e as instituições. Preocupados com as consequências dos arranjos institucionais, alguns autores consideram que as instituições são capazes de constranger as preferências pré-fixadas e o comportamento autointeressado. Elas compõem um contexto de interação social, no qual as estratégias são desenvolvidas e as escolhas são tomadas (HALL E TAYLOR, 2003; THELEN E STEINMO, 1994).

A noção de instituição como *regras do jogo* decorre do problema da incerteza, da imperfeição de informações presentes nos *settings* de escolhas políticas e da interação dos agentes econômicos. Nessa perspectiva, instituições são distintas de organizações, ainda que ambas componham o quadro estrutural que suporta a interação humana: as primeiras constituem as regras, as segundas representam os jogadores – partidos políticos, igrejas, escolas, sindicatos, agências governamentais etc. Logo, o papel das regras é definir a forma como o jogo é jogado por grupos e/ou indivíduos que possuem objetivos comuns e trabalham para alcançá-los. Ou seja, as implicações da teoria institucionalista sobre os estudos de políticas públicas dão-se no sentido de olhar criticamente para o processo político contingenciado pelas *regras do jogo,* as quais incentivam e constrangem escolhas.

Para North (1990), a impossibilidade dos atores conhecerem toda a informação necessária para a tomada de decisões ótimas deriva da própria complexidade dos fenômenos, de informações incompletas e da realidade permanentemente mutável. Dessa maneira, os agentes são incapazes de conhecerem, de forma antecipada, o conjunto de possibilidades de escolha, o que

favorece interrupções ou o funcionamento inadequado das transações econômicas de jogadores, o que reduz a capacidade de suas decisões atingirem soluções ótimas. Se os seres humanos fazem escolhas com base em percepções subjetivas de informações incompletas (ou imperfeitas), então não há um padrão de convergência, nem a possibilidade de previsões de comportamento credíveis. Portanto, havendo pobreza informacional e limitações cognitivas, a racionalidade não segue na direção de uma situação ótima, mas é possível de se atingir uma racionalidade razoável, quando os atores estabelecem um elo estreito entre a percepção que eles possuem do mundo e a realidade objetiva. Os agentes, não conhecendo plenamente o mundo sobre o qual devem decidir, atuam conforme suas percepções, as quais serão atravessadas pela visão de mundo — ideologia, nos termos de North.

A tomada de decisão, portanto, está permeada pelo caráter disciplinador dessas visões, as quais também possuem o papel de reduzir a incerteza e os custos de transação (DENZAU E NORTH, 1994; NORTH, 1990). As instituições, provedoras de uma combinação de regras formais e informais, estruturam e restringem as interações. Nesse prisma, as regras informais, compostas, por exemplo, por códigos de conduta, normas de comportamento e convenções compartilhados e persistentes na sociedade em longo prazo, não são tomadas como apêndice das regras formais (constituições, leis e contratos)[15]. Esse conjunto de regras cria uma estrutura de maior estabilidade e/ou previsibilidade ao comportamento humano, regido pelo cálculo do custo-benefício, não necessariamente eficiente, mas capaz de guiar a interação humana e reduzir os custos das transações, facilitando a coordenação econômica e social (NORTH, 1990).

Para Elinor Ostrom (1999), uma das institucionalistas mais influente na área de políticas públicas, as instituições são prescrições que os seres humanos usam para organizar todas as formas de interações estruturadas, incluindo as

[15] Apesar de menos referenciada, há outra tradição de análise de desempenho econômico e de instituições na economia. Com maior atenção à cultura, Hodgson (2013) considera ser falsa e irrelevante a tentativa de separar as regras formais das informais, pois leis e quaisquer outras normas jurídicas apenas tornam-se importantes quando incorporadas nos costumes e hábitos. Isto é, as pessoas não apenas compreendem e optam em seguir regras pelos incentivos envolvidos, mas, especialmente, pelo processo de interação social que torna habitual um pensamento e uma ação. O hábito prevalente em um grupo pode tornar-se generalizável e adquirir o estatuto de regra, por meio de algum conteúdo normativo inerente.

políticas públicas. As regras, ou a ausência delas, afetam as oportunidades e os constrangimentos que os indivíduos enfrentam em qualquer situação, bem como a informação obtida, os benefícios que obtêm ou dos quais são excluídos, e como eles raciocinam. Todavia, o entendimento de que as estratégias e as ações envolvem cálculos estratégicos decididos em relação a fatores internos (benefícios esperados, custos esperados e taxas de desconto) e externos (normas compartilhadas, oportunidades, informações, sanções), não impediram a autora a argumentar que muitas vezes as pessoas resolvem problemas coletivos em função da estrutura da tomada de decisões das instituições, que pode desempenhar um papel decisivo na mudança das regras do *status quo.*

Em alternativa a visões de instituições como constrangimento, existe, na escolha racional, a noção de *instituições como equilíbrio*. Nessa perspectiva, em vez de uma instituição ser uma forma de jogo exógeno que induz os resultados de equilíbrio, o jogo forma-se como o próprio equilíbrio (SHEPSLE, 2006). Provavelmente por trabalharem em esferas de análise diferentes, os teóricos dessa abordagem tendem a enfatizar o papel das interações e cálculos estratégicos na determinação de situações políticas; e a entender a origem das instituições como uma convenção, um processo evolucionário, ou um acordo voluntário (contrato) que decorre das interações entre os atores interessados (KNIGHT, 1995; HALL E TAYLOR, 2003; PETERS, 2011; THELEN E STEINMO, 1994). Instituições, portanto, podem surgir em decorrência de interações sociais repetidas que produziram coordenação e se tornaram convenções. Elas podem também decorrer de processos de aprendizado, pelos quais se realizam escolhas aleatórias entre convenções que produzem melhor cooperação e, com isso, benefícios para os atores. E, ainda, podem ser a expressão de escolhas intencionais de atores.

Considerando instituições como escolhas intencionais, Knight (1995) destaca que as instituições são subprodutos de conflitos distributivos sobre escolhas, entre atores. Isto é, elas são um conjunto de regras socialmente compartilhadas que estruturam, de particulares modos, interações sociais assimétricas. O surgimento de instituições e as mudanças nelas são resultado de conflitos distributivos entre atores desiguais. Para ele, o ator com mais recursos possui a vantagem de poder correr mais riscos e ter horizontes de tempo mais longos. Então, quando as assimetrias de recursos mudam, elas também se alteram

em favor dos atores que, nas negociações, se apresentaram com mais recursos. Assim, as instituições não mudam apenas por fatores endógenos, visto que a assimetria de poder não deixa de ser um elemento exógeno.

A partir dessa compreensão de instituições, as mudanças serão produtos da interação entre as regras e os jogadores, os quais buscam eficiência. A estabilidade dá-se em situações de equilíbrio institucional, nas quais nenhum agente possui estímulo para alterar as regras, sejam formais ou informais. Quando há alterações nos custos de transação ou nas preferências dos atores, surgem desequilíbrios, que exigem certa readaptação nas regras contratuais. Essas apenas serão alteradas pela ação dos indivíduos que respondem aos incentivos capazes de gerar novas barganhas e compromissos. Porém, mesmo quando há incentivos para a ação, também existem aqueles voltados para a manutenção das instituições[16]. Ou seja, as mesmas instituições que assumem a função de estabilidade mediante a incerteza precisam apresentar incentivos em situações nas quais a mudança é necessária. Portanto, as instituições possuem traços de sobrevivência tenazes que desempenham importante função no processamento das informações e composição das escolhas, tornando as mudanças lentas e incrementais, à margem das regras, como resultado de ações não centrais dos agentes políticos, os quais possuem racionalidade limitada.

Dessa visão das *instituições como equilíbrio* pode-se pensar que as regras e os procedimentos institucionais são produtos de escolhas e não devem ser tomados como fixos e invariáveis, nem mesmo em condições de plena previsibilidade. As mudanças são explicadas a partir do entendimento de que os arranjos institucionais são produtos de decisões por regras e convenções comportamentais em condições de incerteza no ambiente estratégico original. Aqui a incerteza não é caracterizada no sentido do desconhecimento de interesses próprios e de outros jogadores, mas em relação às indefinições sobre as oportunidades futuras que impedem o conhecimento de quem ganha e de quem perde com a mudança, ou com a manutenção de preferências ao longo prazo. O problema é que, passado o momento constitucional, preferências modificam-se e eventos imprevistos

[16] As regras formais são particularmente importantes para a garantia da estabilidade, para o intercâmbio entre inúmeros atores, em que o risco de deserção é mais elevado. As regras informais, por seu turno, são ainda menos suscetíveis às mudanças. Assim, um resultado da política ou uma decisão judicial pode até alterar rapidamente as regras formais, mas as restrições informais incorporadas no comportamento dos atores são bem mais impermeáveis (NORTH, 1990).

acontecem no ambiente, o que pode dificultar que os indivíduos ou grupos com poder e incentivos para agir deflagrem um processo de alteração das regras. Essa visão permite, segundo Shepsle (2006), pensar que a compreensão de uma instituição é análoga ao que foi descrito para o entendimento do comportamento dentro dela. Além disso, pode-se esperar bem mais a possibilidade de deserção dos atores às regras e as consequências fora de um padrão de equilíbrio.

A abordagem sociológica, em alternativa às explicações da escolha racional, recorre a conceitos da sociologia e da psicologia cognitiva, mais precisamente no quadro teórico da teoria das organizações, para explicar as instituições e as mudanças. Essa vertente considera instituições em âmbito mais ampliado e inclui, na sua perspectiva conceitual, a componente cultural. Instituição é entendida como um conjunto de regras e procedimentos associado às construções sociais que criam padrões de significação, como sistemas simbólicos, esquemas cognitivos e modelos morais compartilhados, ao oferecerem padrões de significação que guiam o comportamento humano de modo rotineiro em diversos âmbitos da vida humana (HALL E TAYLOR, 2003). Em geral, essa abordagem opõe-se à ideia de eficácia institucional e explica que as instituições persistem por mecanismos de transmissão relacionados ao componente cultural da sociedade. Ela também reputa que as expectativas em relação às alternativas para a solução de problemas dependem bastante das informações geradas e comunicadas pelas conexões políticas existentes em uma instituição e em seu contexto social mais amplo.

Ao sistematizar o que eles chamaram de institucionalismo organizacional, Powell e Dimaggio (2012) dizem que as instituições respondem ao desenvolvimento de estruturas administrativas elaboradas e a conjunturas que lhes exigem atenção. Ao mesmo tempo em que elas resultam de ações humanas, impõem limites a essas mesmas ações, por meio de regras que orientam o comportamento, elaboradas nos processos conflitivos. Essas regras não se restringem ao aspecto formal e exercem um papel simbólico, criando lentes pelas quais os atores interpretam o mundo e as categorias de estrutura, ação e pensamento. Em outros termos, as instituições representam uma ordem ou padrão social que revela um processo particular de reprodução social, portanto é uma classe de convenções com caráter de norma, rotineira no pensamento e na ação social. Instituições surgem como forma de reforçar e legitimar socialmente práticas rotineiras. Com o tempo, essas rotinas

tornam-se regras, convenções, tradições, tecnologias e mitos que compõem a cultura da instituição (MARCH E OLSEN, 1983; JEPPERSON, 1991). Diz-se que as estruturas formais são geradas pelo predomínio de símbolos e mitos racionalizados em um contexto social complexo que não se relaciona diretamente com a eficiência dos resultados. (MEYER E ROWAN, 1977).

Esta vertente considera que há quatro tipos de mudança institucional: (a) formação institucional como saída para a entropia social ou padrões de comportamento; (b) desenvolvimento institucional, no sentido de alterações necessárias, mas com a manutenção de uma forma institucional; (c) desinstitucionalização, também como saída da entropia social e da ação recorrente, mas em sentido contrário; e (d) reinstitucionalização como saída de uma forma e introdução de uma nova forma de instituição, organizada com diferentes princípios e regras (JEPPERSON, 1991). Em geral, para qualquer tipo de mudança, é a relação entre estabilidade e legitimidade dos acordos comuns entre atores organizacionais, alguns pouco explícitos, que podem favorecer ou não a mudança das regras e das rotinas. Assim, a adoção de novas formas e práticas institucionais é no sentido de garantir alguma adequação a um conjunto de valores culturais e sociais mais amplos (HALL E TAYLOR, 2003; POWELL E DIMAGGIO, 1991).

A adaptação e a aprendizagem organizacional são outros componentes relevantes para pensar como as mudanças acontecem na visão que foca a cultura. Nos termos de March e Olsen (1984), existe uma tensão constante entre instituição e ambiente. Este último se altera de modo muito mais rápido do que as instituições, as quais são guiadas por rotinas necessárias para o funcionamento de organizações complexas. Como rotina implica em permanência, a mudança de práticas exige um processo complexo de adaptação e aprendizagem organizacional. Assim, ações que visam a modificar deliberadamente a estrutura e a cultura de uma organização apenas possuem sucesso quando criam estratégias para lidar com os sistemas de símbolos e significados da cultura organizacional.

Uma importante contribuição dessa escola diz respeito a alguns fatores que podem explicar os motivos pelos quais algumas mudanças são acanhadas, apesar de novos e ousados desenhos institucionais. O estabelecimento de regras e práticas consistentes com os princípios básicos e da moralidade de uma cultura, cujas características delimitam a legitimidade e o processo de estruturação dessas

mesmas regras, e a adesão dos cidadãos, parecem ser fatores que facilitam mudanças duráveis. Em outras palavras, desenhos deontológicos robustos possuem muito mais chance de receber o apoio dos cidadãos, mesmo em situações de incerteza e ambiguidade, do que projetos instrumentais que se apegam a resultados técnicos. Tornar as mudanças mais viáveis também depende da capacidade de os reformistas explorarem os sentimentos coletivos favoráveis às alterações de longo prazo e a atenção (e desatenção) de outros atores em alguns assuntos cruciais para a mudança.

Outro elemento são os desenhos estabelecidos em horizontes alargados no tempo, que parecem expandir o potencial para estabelecer mudanças duradouras, pois produzem menos resistência de atores opositores às mudanças. Disso é possível deduzir: nem mesmo mudanças chamadas de radicais independem das mudanças que ocorrem na evolução de uma política pública. As transformações coerentes e duráveis emergem de alterações incrementais, estabelecidas em sintonia com alguns princípios básicos e visões políticas (OLSEN, 2014).

A terceira vertente, o institucionalismo histórico[17], compreende que as instituições são constituídas de procedimentos, protocolos, normas e convenções inerentes à estrutura organizacional, o que produz um contexto estratégico para os atores definirem as suas estratégias e perseguirem os seus interesses. Todavia, não na acepção de comportamento autointeressado da escolha racional, visto que as preferências são criadas social e politicamente; nem com a ênfase culturalista da versão sociológica. Por sua vez, as assimetrias de poder sublinhadas pelo institucionalismo histórico aproximam-no mais da escolha racional e menos do institucionalismo sociológico, o qual enfatiza os processos de interpretação e legitimação (HALL E TAYLOR, 2003). Por outro lado, a versão histórica aponta que a escolha racional desenvolve estudos focados em como as instituições foram ou

[17] Importante destacar o diálogo do institucionalismo histórico com os trabalhos de cientistas econômicos, como Paul David, Brian Arthur e Douglas North, cujas visões, opostas às teses neoclássicas, foram essenciais para a demonstração e a explicação de situações em que as instituições econômicas são ineficientes (PIERSON, 2004; CAPOCCIA E KELEMEN, 2007). Esses institucionalistas econômicos constataram a rigidez de alguns arranjos institucionais ao analisarem os desempenhos econômicos de empresas e países, particularmente sobre os resultados da inclusão de tecnologias no mercado, bem como perceberam que a rigidez estava associada às decisões ao longo do tempo e aos efeitos de retornos crescentes. Ao perceberem que o mercado poderia resolver tecnologias ineficientes de tal forma que um sistema tecnológico gravitaria para um equilíbrio eficiente, não importa onde ele tenha começado, eles refutaram as perspectivas econômicas que ignoravam o tempo e a história (HODGSON, 1993 apud THELEN, 2004).

poderiam ter sido escolhidas racionalmente, correndo o risco de assumir uma conexão entre efeitos atuais e intenções originais, em vez disso, defende que "temos que ir para trás e olhar" (PIERSON, 2000 apud THELEN, 2004).

Em geral, as instituições são percebidas como construções coletivas que fornecem os repertórios de ação estruturantes das decisões que podem incidir sobre mudanças institucionais. Nesse processo, a assimetria de poder confere mais benefícios a alguns grupos do que a outros, gerando resultados distributivos favoráveis aos que detêm mais poder decisório (HALL E TAYLOR, 2003; THELEN E STEINMO, 1992). Em sua propensão em compreender amplas questões em macrocontextos que permitem a análise combinada de instituições e processos, bastante desenvolvida no âmbito da política comparada, essa perspectiva oferece atenção especial à distribuição desigual de poder. Esse nunca é um atributo estático de certos atores, bem como os recursos para pensar as contingências e a causalidade na formação política, oriundos de instituições. Acrescenta-se a isso o apreço à história como fornecedora de explicações para o estudo das instituições políticas e das políticas públicas, como o próprio adjetivo anuncia (HALL E TAYLOR, 2003; THELEN E STEINMO, 1994; PIERSON E SKOCPOL, 2008).

O recurso da história como ênfase explicativa implica em considerar que contextos importam, pois eles produzem situações críticas e consequências diferenciadas no tempo e no espaço. Por sua vez, as instituições existentes são influenciadas por decisões e instituições passadas, que estruturam decisões presentes, inclusive as possíveis mudanças (HALL E TAYLOR, 2003). Aqui, instituições são instrumentos de distribuição de recursos, e invariavelmente com consequências distributivas, ou seja, carregadas de implicações de poder. Nesse sentido, em qualquer conjunto de regras ou expectativas haverá padrões desiguais para a alocação de recursos, com ganhadores e perdedores (MAHONEY E THELEN, 2009). Os parâmetros institucionais e as configurações históricas moldam o conflito político e tornam os comportamentos dos atores de acordo com elas, independentemente do que eles, os indivíduos, gostariam de fazer por conta própria. As instituições possuem efeitos de longo prazo e não apresentam resultados fixos.

De modo geral, autores desse campo pensam as instituições em seus efeitos de longo prazo e em seus resultados não fixos, com ênfase na resistência às mudanças. As mudanças, quando ocorrem, não são restritas às escolhas mais

eficientes, pois uma série de condições específicas é necessária para a identificação de algumas alternativas como possibilidade plausível (PIERSON E SCOKPOL, 2008; THELEN, 2004). Duas formas principais de analisar a mudança predominaram numa primeira geração de pesquisas: as que explicam a mudança por crises e conjunturas críticas e aquelas que reforçam as mudanças apenas como uma adaptação incremental, ou seja, enfatizam a persistência de políticas prévias. Atualmente, muitas críticas foram deflagradas acerca desses modos predominantes (SCOKPOL E PIERSON, 2008; STEINMO E THELEN, 1994; MAHONEY E RUESCHEMEYER, 2003).

Derivadas das diferentes matizes teóricas e formas de pensar as instituições, a análise da mudança no novo institucionalismo nunca foi ou será homogênea:

> (...) Como largamente conhecido na ciência política comparada, as análises tradicionais da mudança recorrem usualmente às explicações funcionalistas, históricas ou culturais para compreender como ocorre a "política de produção" de novos arranjos institucionais. A resposta típica dessas interpretações reside na noção de que instituições mudam a partir de causas associadas à ação estratégica dos agentes que criam racionalmente novos modelos institucionais; por processos de competitividade seletiva que introduzem ganhos de eficiência, legitimidade; pela incidência de fatores ou choques externos; ou por modelos que enfatizam que mudança é produzida por efeitos não intencionais (REZENDE, 2012, p.114).

Para compreender as aproximações e divergências entre os teóricos neoinstitucionalistas que estudam mudanças, Rezende (2012) verifica as categorias analíticas, as condições que propiciam a mudança e os mecanismos causais relacionados. Em relação às categorias analíticas, o autor chama atenção para questões como a endogeneidade ("instituições importam" – elas são o contexto no qual ocorre a interação), que implica na utilização de variáveis institucionalistas, as variáveis relacionadas a instituições formais e/ou informais, o papel dos agentes na explicação das mudanças (eles atuam em contextos institucionais e operam produzindo mecanismos intencionais e não intencionais que produzem a mudança) e as conexões entre interesses estratégicos e contexto que gera reflexividade quanto às possibilidades de mudança. Também destaca que a diferenciação interna ao Neoinstitucionalismo reflete as distintas premissas ontológicas, epistemológicas e metodológicas que elas mobilizam (REZENDE, 2012, p. 40).

Quanto às condições, as diferentes abordagens indicam quais importam para explicar a mudança, assim como cada uma delas apresenta mecanismos causais específicos que conectam agentes, instituições e mudança: “Os modelos convergem para a noção de que as mudanças institucionais são fortemente influenciadas pelos valores, pela cultura e pelos fatores situacionais” (REZENDE, 2012, p. 49). Mudanças dependem de tempo, aprendizado, adaptação e elementos não intencionais e de “complexa interação entre agentes, escolhas e instituições”, ou seja, devem-se observar variáveis como valores, crenças, escolhas estratégicas e não intencionalidade em desenhos de pesquisa que sejam oportunos para explorá-los.

Outra perspectiva é a de que as abordagens devem ser escolhidas de acordo com o contexto analítico. Onde o consenso e/ou a competição entre os atores dispostos à ação estratégica é um elemento indispensável para estabelecer ou assegurar uma mudança institucional, como nas câmaras legislativas ou em arenas internacionais, o alcance teórico da escolha racional é mais preciso. Por outro lado, a escola sociológica oferece boas explicações para os casos em que se quer explicar ineficácia das instituições sociais e políticas, visto que utilizam conceitos que tratam das limitações cognitivas dos atores e de seus esforços interativos de interpretação, o que acaba por favorecer a escolha de alternativas que representam modelos preexistentes.

Em contrapartida, os institucionalistas históricos terão maior desempenho ao explicar as situações em que há conflito de poder entre atores cujos interesses competem. Apesar de estes dois últimos partirem do mesmo ponto, isto é, as instituições mudam em um mundo saturado de instituições, o institucionalismo histórico sublinha bem mais as assimetrias de poder, o que o aproxima da escolha racional, enquanto o institucionalismo sociológico enfatiza os processos de interpretação e legitimação (HALL E TAYLOR, 2003).

De qualquer forma, o mais relevante é os pesquisadores evitarem preocuparem-se mais com os casos que suportam as predileções teóricas do que com explicar os problemas empíricos (PETERS, 2004). Possivelmente mais proveitoso do que uma seleção sistemática de casos que dão suporte à teoria, seja aceitar os elementos inerentes às diversidades que compõem a teoria, elevando os aspectos que os unem, dentre os quais o argumento de que as instituições

importam; de que elas persistem de modo muito mais robusto do que os agentes; e de que as estruturas institucionais criam uma maior regularidade no comportamento humano (PETERS, 2011). Entender que há um núcleo compartilhado e aceitar as ambivalências jamais deve significar uma negligência em relação às dificuldades que elas impõem ao desenvolvimento de projetos de pesquisa válidos.

Este estudo, embora com brechas para as contribuições de autores filiados às outras escolas, se nutre, prioritariamente, dos elementos do institucionalismo histórico. Ainda que essa versão seja a mais cética em relação à facilidade com que as mudanças acontecem (GUY PETERS, 2011), possivelmente é a que mais se renovou para a explicação da mudança pela conjunção de fatores institucionais e políticos. Assim, ela é aquela que mais favorece o olhar do pesquisador para além daquilo que é estrutural, aclarando o que é dinâmico nas políticas públicas.

3.1.3 Ênfase na Estabilidade?

É certo que o institucionalismo histórico, em sua aurora, entusiasmou-se com a descoberta da força dos mecanismos causais relacionados à ordem, à estrutura e ao tempo. Isso estimulou que os primeiros teóricos dessa abordagem obstassem às análises da vida política em termos de grupos e contra o estruturo-funcionalismo, pelas razões já assinaladas. Em seus esforços para ultrapassar as análises centradas na sociedade, privilegiou um pensamento estruturalista, por vezes reducionista, ao partir de um uso inflexível da noção de que instituições políticas estruturam as interações sociais de modo a engendrar situações políticas e econômicas. A predisposição para elevar a ordem e a estrutura, e minimizar o papel da agência humana e das ideias, deixou margens para que grande parte dessa literatura afastasse de si a complexidade substantiva da mudança política. Ou seja, muitos de seus estudos comparativos ficaram marcados por análises estáticas (HALL E TAYLOR, 2003; IMMERGUT, 2007; LIEBERMAN, 2002).

Nesses estudos prevaleceu a noção de que o tempo e a sequência de eventos ou processos particulares associados à estrutura institucional possuem um impacto causal, no qual pequenos eventos podem gerar consequências de grandes

proporções e imprimir limites para os atores projetarem novas soluções para os problemas persistentes (PIERSON, 2000; 2006). Para explicar a mudança institucional, a maioria dos estudiosos de uma primeira geração apontou para os choques exógenos que provocam reconfigurações institucionais radicais, tendo em vista mudanças com base em desenvolvimentos endógenos que muitas vezes se desdobram de forma incremental. Ou seja, as mudanças corriqueiramente começaram a ser esclarecidas por meio da noção de equilíbrio pontuado[18], cuja essência mostra-se pela distinção nítida entre a dinâmica da inovação institucional, por um lado, e da reprodução institucional, por outro, sendo a primeira desencadeada por momentos pontuais e turbulentos de crises e/ou conjunturas críticas[19] (STEINMO e THELEN, 1994; KRASNER 1988 apud THELEN, 2004; MAHONEY E THELEN, 2009).

Seguramente isso se tornou um rótulo elegante para manter o pressuposto de que a *história importa*, ao mesmo tempo em que expressa pouca clareza sobre os efeitos de processos de tomada de decisão ao longo do tempo, com implicações normativas confusas e pouco exploradas, o que resulta na explicação da estabilidade, mas com sérios problemas para a compreensão da mudança. As explicações da mudança feitas a partir de eventos extraordinários, capazes de alterar as instituições de forma abrupta e descontínua, trouxeram uma imprecisa compreensão acerca da interação entre constrangimento institucional e

[18] O modelo de equilíbrio pontuado busca uma análise simultânea de períodos longos de estabilidade e de mudanças rápidas no processo de formulação de políticas públicas. Na perspectiva de Baumgartner (2014), isso ocorre quando uma questão rompe os limites do subsistema e atinge o macrossistema político. Um microssistema é formado por uma comunidade de especialistas capazes de estabelecer um entendimento político acerca de ideias sobre uma política pública e sobre os arranjos institucionais que reforçam tal entendimento. Ao contrário, nos macrossistemas, há um maior dissenso acerca de uma mesma política pública, que ganha atenção de líderes governamentais e da sociedade em geral. Quando o problema está no macrossistema, pequenas alterações nas circunstâncias objetivas pode gerar grande mudanças na política, o que revela um processo de *feedback* positivo (a estabilidade é mantida em processos de *feedback* negativos). Diante da diversificação de ideias e atores, outras *policy images* podem ganhar força e favorecer uma reorganização institucional que reestrutura o subsistema, dando a ele um novo equilíbrio, uma nova estabilidade. Considerando a importância que esse modelo atribui às instituições e à sua explicação das mudanças, tem sido bastante utilizado por alguns autores institucionalistas, e contestado por outros.

[19] Conjunturas críticas são definidas como situações em que as influências estruturais sobre a ação política são significativamente relaxadas, por um período relativamente curto. Essas conjunturas acontecem após períodos relativamente longos de estabilidade e reprodução institucional, sustentados por um caminho dependente da trajetória, e podem apresentar duas consequências principais: expansão da gama de opções plausíveis abertas aos atores políticos mais influentes e impacto duradouro das escolhas feitas nesses momentos. Portanto, nesses momentos são definidas novas ideias, entram e saem novos atores e estabelecem-se novas relações desiguais de poder (CAPPOCIA e KELEMAN, 2007).

estratégias políticas, em que os próprios fundamentos de que as *instituições importam* foram relativizados, já que se mostraram potentes em explicar os resultados políticos apenas em períodos de estabilidade. Ou seja, o conflito tornou-se seriamente assediado em momentos formativos, mas esquecido em épocas imputadas como de estabilidade. Isso seria um claro equívoco, pois pressões por mudanças não cessam, mesmo quando alianças políticas sustentam um determinado caminho (THELEN e STEINMO, 1994; PETERS, 2000).

Disso emerge um sério problema em abordar as alterações nas políticas públicas pelo institucionalismo histórico tradicional: a ênfase em variáveis exógenas. Recapitulando, os estudiosos das instituições sugerem, de diversas maneiras, que os processos institucionais internos afetam muitos aspectos da política, como a distribuição de poder e a distribuição de preferências. Quando insistem na importância de entender como os interesses e preferências desenvolvem-se no contexto da ação institucional, as maneiras por que as reputações de poder evoluem como consequência dos resultados da política ou as maneiras pelas quais o processo de controle de organizações com determinados propósitos produzem consequências não intencionais, em geral, estão sugerindo que as instituições configuram o conflito político por fatores que não necessariamente pressões externas, nem os próprios resultados alcançados, ou seja, os fatores são eminentemente endógenos. Mas, quando se desconsidera que instituições, simultaneamente, desencadeiam processos de estabilidade e de alterações, o institucionalismo histórico deixa de captar fatores endógenos capazes de explicar os motivos pelos quais algumas mudanças rompem mais com os padrões prévios, e outras menos (GREIF e LAITIN, 2004). Ou seja, ao negligenciar o ambiente, para a sustentabilidade das teorias institucionalistas, é necessário especificar como fatores endógenos ajudam a compreender os processos de mudança, inclusive para dar sentido a todo o seu arcabouço teórico (GREIFE LAITIN, 2004; MAHONEY E THELEN, 2009; LIEBERMAN, 2002; WEIR, 1993).

Outro aspecto com o qual é preciso ter cuidado diz respeito às *simplificações ou conceituações incompletas* da noção de mudança, cuja consequência principal é a inabilidade em incorporá-la adequadamente nos quadros analíticos (PETERS et al., 2005). Em outras palavras, o fato de a abordagem ter priorizado a análise de grandes eventos e a definição de longos períodos para a

análise empírica mascarou o fato de que algumas mudanças ocorrem de modo incremental, o que exige também tempo dispensado em análise. Isso acaba por tornar excessivamente elevadas as exigências para reconhecer uma mudança como tal, o que consequentemente reduz a maioria ou todas as alterações observáveis para a finalidade de estabilidade. Por exemplo, no caso das mudanças institucionais observadas nas economias políticas das sociedades capitalistas avançadas atuais observa-se que há alterações associadas a uma renegociação política significativa da economia de mercado pós-guerra. Particularmente intrigante é que esse desenvolvimento amplo e multifacetado desenrola-se em grande medida de forma incremental, sem rupturas dramáticas, como as guerras e revoluções, que eram características da primeira metade do século XX. A inferência premente, portanto, é a de que uma característica essencial e definidora da liberalização mundial constitui-se de uma evolução institucional sob a forma gradual, condicionada e limitada pelas mesmas instituições do pós-guerra que estão se reformando ou mesmo diluindo-se (STREECK e THELEN, 2005).

Uma interessante tipologia aponta existir pelo menos quatro tipos de mudança, as quais podem ser identificadas a partir da distinção e da combinação do que seja um processo de mudança (incrementais ou abruptos) e do seu resultado (continuidades ou descontinuidade). Um primeiro tipo, chamado de *quebra e substituições,* refere-se às mudanças destacadas pela tradição de equilíbrio pontuado, e focadas em processos abruptos. Essa leitura até reconhece que existem mudanças incrementais, mas concebe-as apenas como fundamentalmente reativas e adaptativas, que servem para proteger a continuidade institucional. A partir de outro ponto de vista, considera-se que, muitas vezes, a despeito de existirem pontos de ruptura históricos, há apenas uma imediata aparência de mudança substantiva, pois, ao passar do tempo, os resultados são de conservação das instituições. Essas mudanças são chamadas de *sobrevivência ou retorno*. Sob outra perspectiva, as mudanças que se dão de forma incremental podem apresentar dois importantes e contrastantes efeitos. No caso que fabrica continuidades, há uma mudança que é chamada de *reprodução por adaptação*, ou simplesmente de *reprodução institucional*. Nesse tipo, há uma complexidade que merece também atenção, pois revela que instituições quase sempre não podem ser vistas como resíduos congelados de momentos críticos, ou mesmo como amarradas ao passado,

como sugere os argumentos fixados na dependência de trajetória, pois, na política, a reprodução institucional pode ser apenas parcialmente entendida em termos de aumento dos efeitos de retorno crescente. Só parcialmente porque a sobrevivência institucional muitas vezes envolve a renegociação política ativa e doses pesadas da adaptação institucional, a fim de trazer as instituições herdadas do passado em alguma sintonia com as mudanças no contexto político, econômico e ou social. No caso das *transformações graduais* aponta-se que, embora de maneira menos dramática do que os processos bruscos, as instituições uma vez criadas mudam frequentemente de forma sutil e gradual ao longo do tempo, de forma a alterar de maneira substantiva os padrões de comportamento humano e os resultados políticos (STREECK E THELEN, 2005; THELEN, 2004).

O quadro a seguir apresenta essa tipologia:

Quadro 2 - Tipos de mudança institucional: processos e resultados

		RESULTADO DA MUDANÇA	
		Continuidade	**Descontinuidade**
PROCESSOS DE MUDANÇA	**Incremental**	Reprodução por Adaptação	Transformação Gradual
	Abrupta	Sobrevivência e Retorno	Quebras e Substituição

Fonte: Streeck e Thelen (2005); Thelen (2004).

De qualquer modo, sem a devida atenção à complexidade e à incerteza em relação às alternativas que caracterizam os momentos em que essas escolhas são feitas, e de como elas se alteram ao longo do tempo, o conflito político e o dissenso tornam-se insuficientemente explorados pelos pesquisadores da abordagem institucionalista, especialmente em sua versão histórica, para a explicação das mudanças em políticas públicas. Nada obstante, muitos autores da própria abordagem institucionalista reconheceram que o arsenal teórico por eles utilizado era robusto justamente por explicar as variações entre as diferentes políticas públicas, devido às regularidades e à persistência de padrões, mas disso decorreriam sérias fragilidades quando o objeto são as descontinuidades. Ademais, começaram a dar atenção às mudanças ocorridas em circunstâncias menos excepcionais e procuraram explicar como políticas perdem o apoio e como novas

alternativas podem ser gestadas para uma renovação das políticas públicas, ao longo do tempo.

Ao buscar superar as demasiadas análises comparativas estáticas, uma segunda geração de pesquisadores tem produzido um conjunto de sensíveis transformações analíticas e conceituais, incluindo novos conceitos, categorias analíticas e mecanismos causais para compreender a mudança de forma mais apropriada, reduzindo a ênfase causal nos fatores exógenos e superando os limites dos modelos centrados na estabilidade. Essas inovações recorreram a um conjunto de fatores endógenos e dinâmicos das instituições, o que equivale a uma maior importância analítica ao conflito e aos desequilíbrios que decorrem de choques de preferência, valores e interesses dos atores (IMMERGUT, 2006; REZENDE, 2012).

Além de tratar mudança e estabilidade como indissociáveis, esses estudiosos atentam para o papel da agência humana e das ideias na explicação das mudanças institucionais, sem negligenciar a raiz histórica, como forma de reverter uma tendência de depreciar a subestrutura da política (*politics*), particularmente do seu processo de definição e influência de ideias, interesses e alianças construídas entre atores (MAHONEY E THELEN, 2010; WEIR, 2006).

Embora muitos analistas políticos tenham assumido esquemas conceituais que reduziram as mudanças a simples reforço da continuidade institucional, atualmente, é bastante comum o interesse pelo dinamismo institucional, termo que remete ao nexo entre as instituições e os processos políticos, em contraste com as análises mecânicas e estáticas, que amiúde chegavam ao determinismo institucional. Há estudos consistentes capazes de combinar fatores endógenos e exógenos, atrelados à tentativa de compreender os efeitos dinâmicos dos legados sobre o comportamento e a ação relativa à formação das preferências dos agentes, à construção das identidades, à ação estratégica e ao processo decisório que produz a mudança a partir das instituições (IMMERGUT, 2002; REZENDE, 2012). Em tal movimento, o próprio conceito de mudança foi expandido, sendo possível identificar tipos diferentes de mudança e integrar a permanência de elementos de políticas prévias como uma das características desse conceito. Assim, é possível acreditar que a polêmica entre aqueles que olham para o copo meio cheio de água e os que olham o copo meio vazio (mudança x estabilidade) é cada vez menor. Sem nenhuma pretensão de esgotar essa discussão, a seguir apresentam-

se algumas propostas que ajudaram, em menor ou maior grau, o delineamento dos fatores explicativos da inovação limitada da política de saúde.

3.1.4 O dinamismo institucional como aclaração das mudanças

Em tempo, as dificuldades para a explicação da mudança são expressões do dilema transversal às demais abordagens da Ciência Política, por conseguinte, do institucionalismo, definido por um *trade off* entre estrutura e agência. É comum a teoria social, e em especial a teoria política, exigir escolhas entre a concentração em fatores estruturais ou nos agentes de mudança, quase sempre gerando efeitos que exageram algumas explicações em detrimento de outras. Essa inevitabilidade própria das vicissitudes da produção do conhecimento, entretanto, não pode ser justificativa para algo habitual: pesquisadores evitarem o risco da instabilidade de suas compreensões do mundo social (PETERS, 2000). Desse modo, mesmo que não se apaguem todos os problemas embutidos quando se assume a preferência de uma teoria ou abordagem, parece ser fundamental que os pesquisadores ocupem-se mais do processo contínuo de interação entre instituições e atores, especialmente para entender a produção da mudança e até mesmo da substituição de algumas instituições por outras.

Uma premissa dos trabalhos interessados no dinamismo institucional é que as instituições políticas não operam em um vácuo, e que inevitavelmente elas interagem com um contexto socioeconômico e político. Portanto, mesmo que instituições sejam em si resistentes às mudanças, os seus impactos sobre os resultados políticos podem mudar com o tempo de maneira sutil em resposta às alterações ao seu redor. Outro acordo é o de que os atores lutam para definir as instituições, bem como os resultados das políticas públicas. Assim, as trajetórias mais amplas das instituições seguem escolhas políticas. Assim, os atores e as batalhas delineadas nas instituições são extremamente relevantes e devem ser observadas. Por fim, estimula-se a exploração da relação entre as ideias e a configuração de novas políticas públicas. Nesse aspecto emerge um arguto argumento: em vez de colocar tudo o que é do domínio das ideias entre parênteses, ou tratá-las como variável dissociada dos interesses materiais, o melhor é explorá-las, junto com os interesses materiais dos atores e ambos em um contexto

institucional, como fatores que podem produzir mudança em políticas públicas[20] (THELEN E STEINMO, 1995).

Por exemplo, Immergut (1992) enfatiza a existência de regras que definem lógicas distintas de tomada de decisão, quais sejam as regras *de Jure* e as regras *de Facto.* Enquanto as primeiras estruturam o sistema de decisão com seu caráter jurídico, as regras de fato, por outro lado, surgem dos resultados eleitorais e dos sistemas partidários, os quais alteram o funcionamento de um determinado desenho institucional, especialmente pela redistribuição dos atores nas instâncias de decisão. A junção de fatores ligados às regras institucionais e aos resultados políticos criam padrões de previsibilidade e de indecisão num sistema político. Assim, ela indica que a decisão política não é algo estanque que envolve uma arena política específica. Ao contrário, pressupõe a existência de inúmeros espaços de decisão, onde diferentes atores ocupam posições estratégicas e tomam decisões em sequências previstas. Nesse sentido, a possibilidade de um governo aprovar um conjunto de medidas depende dos acordos estabelecidos em diferentes instâncias de decisão (*decision points*), sob o arbítrio das normas institucionais e dos resultados eleitorais tornarem pontos de veto (*veto points*), os quais são os pontos de incerteza estratégicos, relativamente previsíveis em função dos dispositivos constitucionais, que criam oportunidades de veto e divisão do poder entre representantes eleitos (IMMERGUT, 1992; 1996).

Ainda a título de possibilidades analíticas, com objeção aos parâmetros fundamentados na intencionalidade humana, Hodgson (2006) propôs a análise da interação entre os indivíduos e a estrutura social que os cerca, em cuja estrutura institucional e em sua modificação a agência humana exerce um papel central. Para ele, embora cada agente seja único em suas capacidades de cognição e que seja o sujeito que realize a ação, a aquisição dos meios de compreensão do mundo envolve processos de interação social, o que remete a uma escolha individual condicionada pela estrutura social à qual tais indivíduos estão imersos. Por

[20] Essas premissas foram identificadas a partir da introdução do livro organizado por Thelen, Steinmo e Longstreth (1992). Ao apresentarem os trabalhos de Bo Tocthstein, Ellen Immergut, Peter Hall, Margaret Weir, dentre outros, Thelen e Steinmo (1995) mostraram a necessidade e a viabilidade de modelos analíticos dinâmicos, assim chamados pela capacidade de capturar a interação entre estratégias políticas e constrangimento institucional sobre o tempo, e de superar o determinismo institucional. Segundo eles, todas as pesquisas selecionadas para a edição daquele livro foram além de uma análise comparativa estática para explorar as condições políticas sob as quais determinadas instituições têm consequências específicas, e várias delas também tratavam explicitamente da questão da formação institucional e mudança.

conseguinte, é a própria incorporação das regras no pensamento e comportamento dos indivíduos a razão das instituições funcionarem e criarem a sensibilidade para se alterarem. Em outros termos, geralmente, as pessoas compreendem as regras e optam por segui-las não apenas em função dos incentivos e desincentivos envolvidos, mas também porque elas são capazes de interpretá-las e dar-lhes algum valor, o que inevitavelmente é um processo de interação social. Portanto, para que novas leis tornem-se regras, no sentido de configuração do comportamento dos agentes, elas têm de se tornar habitual. Nessa lógica, o mecanismo-chave para esta transformação é o próprio hábito[21].

Na procura por explicações mais robustas da análise da mudança, Greif (2003 apud REZENDE, 2012a) criou um modelo que entende que as instituições contêm elementos maleáveis. A partir de uma combinação entre teoria dos jogos repetidos e institucionalismo histórico, as instituições são entendidas como "*quasi-paramétricas*" (variáveis, dinâmicas), proprietárias de elementos institucionais que podem ser alterados ao longo do tempo. Os mecanismos que explicariam as mudanças encontram-se na erosão das crenças e comportamentos dos agentes em relação à instituição, que ocorre nas interações – a interpretação dos agentes quanto aos incentivos se alteram e, com isso, alteram-se as instituições em algum grau. A partir desse modelo, que sustenta a tese de que as instituições produzem a mudança institucional quando as conexões entre crenças e comportamentos esperados se tornam frágeis ao passar do tempo, três possibilidades de mudança são especificadas pelo do grau em que elas podem ser observadas. As mudanças pouco observáveis ou incertas seriam produzidas por mecanismos que associam a disposição dos agentes de enfrentar riscos e ambiguidades e às necessidades dos agentes que melhor conhecem o contexto da mudança. Num segundo tipo abandonam-se radicalmente antigos comportamentos, identificados como inadequados (associados a modelos que se orientam por eventos críticos). Um terceiro considera que os agentes alteram seus comportamentos por entenderem estar progressivamente menos sustentáveis em relação à instituição. Portanto,

[21] Para Hodgson (2003), o hábito é uma disposição para os atores se engajarem em comportamentos ou pensamentos anteriormente adotados ou adquiridos, desencadeados por um estímulo adequado ou contexto. A aquisição de hábitos (ou habituação) é o mecanismo psicológico que constitui a base do comportamento de seguir uma regra. Para ele adquirir o estatuto de regra, tem que possuir algum conteúdo normativo inerente, para ser potencialmente codificável, e para se tornar persistente e compartilhado.

processos de erosão e de reforço institucional (próprios da primeira geração de estudiosos) explicariam as mudanças (GREIF, 2003 apud REZENDE, 2012a).

Com outro tom, a solução de Lieberman (2002) integra fatores ideacionais e institucionais. Em oposição à ênfase na análise da estrutura, do agregado organizacional ou das regularidades comportamentais como a principal força condutora por trás do comportamento político, a política é situada numa múltipla, e não necessariamente equilibrada, ordem. Portanto, reconhecem-se as superposições, integrações e conflitos próprios do campo político, com ênfase nas tensões entre as ideias dos agentes e as instituições. Nesta direção, como os interesses e os objetivos não são dados, a ação humana, estimulada por ideias, pode desafiar as restrições de estruturas políticas e sociais e criar possibilidades políticas. A mudança, portanto, surge da "fricção" entre os padrões institucionais e ideacionais incompatíveis. Para a análise, a proposta consta em lançar luz sobre os pontos de atrito, irregularidades e descontinuidades que impulsionam a mudança política, capazes de levar a uma reformulação dos incentivos e das oportunidades aos atores políticos.

Um contraponto à perspectiva de *múltiplas ordens* de Lieberman (2002) foi apresentada por Smith[22] (2006), para quem ideias importam na política e que, com frequência, as mudanças ocorrem por via da interação entre múltiplas ordens, cada qual com dinâmicas de desenvolvimento parcialmente autônomas, quase sempre conflitantes. Todavia, ele argumenta sobre a necessidade de definir melhor o que sejam ordens políticas e a relação entre ideias e instituições dentro delas (SMITH, 2006, p.91). Com base no estudo empírico da política racial nos Estados Unidos e com uma formação mais alicerçada na tradição das ideias, Smith (2006) sugere que uma ordem política possui objetivos gerais expressos nas regras, políticas (*policies*) e papéis que promulgam, e que as ideologias (frequentemente sobrepostas em vez de idênticas) ajudam a explicar o porquê de diferentes componentes de uma ordem política aderirem ou não a elas. Para ele, as ideias em si não produzem mudanças políticas, senão por serem incorporadas e suportadas por instituições políticas, grupos e atores particulares. Em outras palavras, apesar de serem elementos constitutivos de tais ordens, as ideias são sempre tomadas por

[22] De modo mais preciso, Smith (2006) estabelece um diálogo com Lieberman (2002) e com Karen Orrem e Stephen Skowronek, os quais estavam ainda elaborando o artigo *The Search for American Political Development.*

organizações ou um conjunto delas dentro de uma coalizão, o que implica na necessidade de sempre analisar a mudança em um contexto político histórico. Em outras palavras, a proposta é de que ideias e instituições sejam consideradas em um mesmo quadro analítico.

Ao estudar a política de emprego nos USA, Weir (1992; 2006) explicou os motivos pelos quais uma inovação periódica, na qual se ampliava o papel do governo em matéria de emprego, firmemente perdeu terreno no âmbito de uma trajetória histórica mais ampla. Nesse estudo, a alegação da autora é a de que a interação entre ideias e política, ao longo do tempo, pode criar um padrão de inovação limitada *(bounded innovation)*, que se caracteriza pela crescente improbabilidade de que algumas ideias venham a influenciar a política, revelando que algumas políticas são mais plausíveis do que outras. Isso é causado pela criação de instituições que canalizam o fluxo das ideias, criam incentivos para determinados atores políticos e constrangem as escolhas políticas, promovendo um ajuste entre ideias e interesses. Além disso, a arena na qual a política é debatida e decidida incide sobre a formação de coalizões[23] que, sendo produtos de processos políticos, influenciam as possibilidades de grupos reconhecerem e construírem interesses comuns. Como as coalizões são contingenciais, ou seja, inexistem garantias de que elas permanecerão ao passar do tempo, na medida em que decorre a redefinição de ideias e interesses materiais, bem como os atores se recombinam conforme os contextos políticos e instituições, elas geram apoio ou rejeitam as propostas de políticas públicas. É a dissonância institucional (*institutional dissonance)* que oferece oportunidades para novas alianças promoverem mudanças, lideradas por empreendedores de políticas públicas[24] (*policy entrepreneurs*). Ou seja, a dissonância institucional é um recurso central para a mudança, tendo em vista a justaposição de diferentes lógicas de ordem política, cada uma com suas bases temporais, as quais retratam uma forma mais

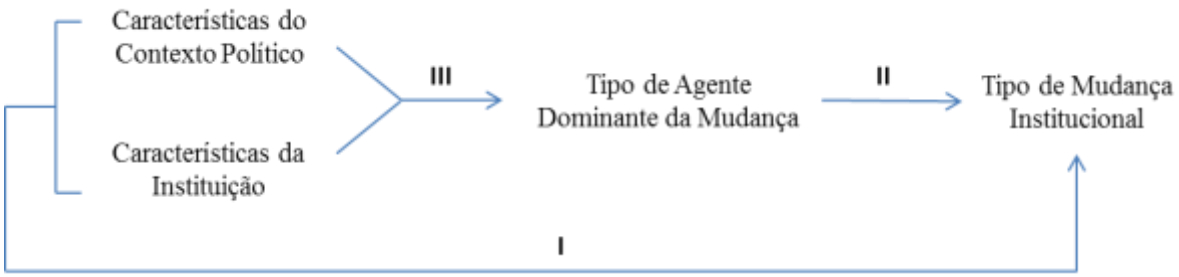
[23] Em tempo, é importante observar que o pensamento institucionalista reforça a premissa de Lowi (1964). Segundo este, as particularidades de uma política determinam as relações políticas entre os atores, de modo que, para cada tipo de política, haverá uma combinação própria de alianças e estratégias estabelecidas frente aos problemas setoriais que devem ser identificados e analisados.

[24] "Nas últimas décadas, estudos desenvolvidos sobre a produção de políticas públicas – especialmente aqueles dedicados à formação da agenda (agenda-setting) – têm destacado o papel central que empreendedores de políticas desempenham. Embora os empreendedores sejam compreendidos de maneira diferente nesses estudos, sua atuação é considerada essencial em dois importantes aspectos: na defesa e difusão de ideias relativas a uma política e em processos de mudança em políticas públicas" (CAPELLA, 2016, p. 487).

desordenada em que as instituições se desgastam umas contra as outras e, no processo, impulsionam novas mudanças. Para isso, os empreendedores de políticas desempenham um papel central na defesa e difusão de ideias relativas a uma política e em ações que geram mudança em políticas públicas.

As variações nos tipos de mudança gradual são objetos de estudo de Streeck e Thelen (2005) e de Mahoney e Thelen (2010) e merecem destaque por oferecerem pistas sobre os mecanismos causais que podem explicar processos de mudanças. Seguindo o raciocínio de outros trabalhos, esses autores solicitam atenção às características do contexto político e das próprias instituições, bem como ao tipo de agente dominante de mudança, conforme a figura a seguir:

Figura 3 - Modelo analítico para explicar modos de mudança institucional



Fonte: Mahoney e Thelen (2010)

Em detalhe, a ligação I expressa a noção de que os tipos de mudança institucional gradual são definidos a partir da combinação de características das instituições e do contexto político. Quanto às características das instituições, é central lembrar que as regras produzem incertezas, seja porque quem as formula não é quem as aplica, seja em razão da diversidade de contextos em que são aplicadas. Assim sendo, é fundamental verificar como instituições proporcionam oportunidades para os atores e coalizões exercerem discricionariedade (abertura institucional à interpretação e variação no apoio à regra) na interpretação das regras ou para reforçá-las. Ainda que possam existir diferentes origens para a discricionariedade, o essencial é compreender que ela varia entre os atores.

Em relação ao contexto, o fundamental é verificar o poder de veto dos defensores do *status quo* da instituição, se forte ou fraco, que diz respeito ao acesso dos agentes aos meios institucionais e políticos para bloquear a mudança. A estabilidade decorre da mobilização contínua de recursos políticos e da superação

de conflitos por parte dos agentes, o que indica que, mesmo que potencialmente haja flutuação de poder, o *status quo* permanece. Dessa lógica, a obediência dos agentes às regras (*compliance*) é fator relevante, uma vez que "a ambiguidade típica das instituições gera espaços de interpretação, debate e contestação por parte dos agentes, introduzindo possibilidades para a mudança endógena" (MAHONEY e THELEN, 2009). Ou seja, ocorrem conflitos quanto ao significado, à aplicação e às formas de alocação dos recursos que geram novos modelos institucionais. Deve-se observar, portanto, os valores, crenças, preferências e identidades das coalizões e os conflitos políticos que orientam o processo de mudança em diversos contextos e condições, buscando identificar os mecanismos dinâmicos que formam coalizões para a execução das regras (MAHONEY E THELEN, 2009).

Para Mahoney e Thelen (2009), há quatro tipos de mudança institucional gradual: camada, deslocamento, deriva, conversão. Na mudança por camadas *(layering*), novas regras são introduzidas, sobrepostas às já existentes, de modo a envolver pequenas revisões ou adições às instituições. Essas pequenas alterações podem, ao longo do tempo, acumular-se e envolver alterações significativas na lógica ou nos compromissos institucionais do núcleo original estabelecido. É um tipo de mudança pacífica, produzida por atores políticos que trabalham à margem da instituição para introduzir as pequenas alterações que, inicialmente, são vistas como refinamento ou correção, o que não provoca reações daqueles que defendem o *status quo*. O mecanismo que produz esta mudança é denominado crescimento diferencial.

Outras mudanças são chamadas de deriva (*drift*), cujas características indicam que há uma forte lacuna entre as regras e a realidade, visto que as regras permanecem formalmente com impacto reduzido em razão dos ambientes onde se efetivam. Nesses casos, a instituição não acompanha as alterações no contexto e lacunas existentes nas regras possibilitam que os atores escolham não agir em relação às mudanças no ambiente. O mecanismo que opera esta mudança é a negligência deliberada; a inatividade em suprir as lacunas identificadas.

Por sua vez, nas mudanças por deslocamento *(displacement*), instituições que tinham sido suspensas ou suprimidas são reativadas por agentes interessados em uma forma institucional alternativa àquela em vigor. Em vez de suplementar uma nova instituição, como no caso de mudanças por camadas, instituições são

formalmente introduzidas e competem diretamente com a existente. Se o suporte institucional e político provar ser incapaz de prevenir a deserção – mecanismo que impulsiona este tipo de mudança – para novas regras, há um deslocamento gradual. Esse processo evidencia a ação de empreendedores que atuam ativamente no sentido de cultivar a mudança e é muito beneficiado quando há alterações no equilíbrio de poder.

Por fim, mapeou-se a mudança por conversão (*Conversion*), que representa o redirecionamento de metas, funções e propósitos, em razão de novos desafios ou mudança nas relações de poder. As regras são interpretadas e executadas de novos modos, devido a readaptações estratégicas. Normalmente, isso ocorre quando as regras são ambíguas o suficiente para permitir interpretações diferentes. Essa lacuna entre regras e sua execução não acontece por negligência de atores em face do conjunto de mudanças, como no caso do tipo deriva, mas em virtude de alguns atores com elevada discricionariedade explorarem ativamente as ambiguidades inerentes às instituições, em um contexto político com fraca capacidade de veto dos seus opositores. Em síntese, a atuação de alguns atores consegue converter novos objetivos e funções para as instituições. Em alguns casos, esses resultados implicam na incorporação de novos suportes ou incorporação de poder a novas coalizões, que, em vez de desmantelar as velhas instituições, usam-nas de novos modos[25].

Sem mais alongamento, vê-se que não se deve esperar homogeneidade nos trabalhos que apostam no dinamismo institucional. Há uma grande variedade de estudos e diferentes tentativas de contribuir teórica e analiticamente para o entendimento da mudança, cada qual com zelos e acentos próprios. A partir deles, tanto se identificaram elementos importantes para esta pesquisa, quanto se conseguiu traçar alguns passos para alcançar algum grau inferencial.

[25] Capacidades administrativas podem ser importantes para explicar conversão e derivação, pois fraquezas neste campo podem criar as oportunidades estratégicas para os que se opõem às regras. Já o deslocamento e a camada não residem unicamente na ambiguidade das regras, mas nas estratégias que os agentes utilizam para explorar a ambiguidade; no tipo camada, a instituição antiga permanece, e é alterada pela introdução de novas regras; no deslocamento, a antiga instituição é substituída (abrupta ou gradualmente).

3.2 Aspectos metodológicos da pesquisa

3.2.1 Sobre o Caminhar Investigativo

Embora se identifiquem relevantes alterações jurídico-institucionais, que universalizaram a cobertura assistencial e afetaram de forma significativa o modo como o Estado organiza-se para ofertar atenção à saúde, verifica-se que o mercado se estrutura e ganha força à parte do SUS, manifestadamente uma institucionalidade própria. Com este problema, pergunta-se por que, a despeito da criação de um novo aporte jurídico-institucional e de alterações no contexto político, há uma política de saúde dual no Brasil, consubstanciada pelo SUS e a Saúde Suplementar, em detrimento da efetivação de um novo desenho de cunho universal?

Com essa questão, esse estudo define-se pela sua natureza qualitativa. Partiu-se da ideia de que pesquisa qualitativa é uma disciplina empírica, definida por uma história própria, com diversas abordagens analíticas, não devendo ser confundida como tudo aquilo que escapa da mensuração (KIRK E MILLER, 1986), encerrando desafios peculiares para o seu bom desenvolvimento. Apesar de estudos de caso não poderem ser identificado *a priori* como método qualitativo (VAUS, 2001), eles parecem ser mais adequados para pesquisas interessadas no *como* e *por que* de fenômenos contemporâneos em situações em que o pesquisador possui pouco controle ou acesso ao evento (YIN, 2001), além de serem geralmente mais fortes nas situações em que os métodos e modelos estatísticos formais são fracos (GEORGE E BENETT, 2005) e apropriados quando se tem casos claramente identificados com limites contextuais e objetivos de compreensão aprofundada de um fenômeno (CRESWELL, 2005), de modo a atender a intencionalidade deste estudo.

Este estudo de caso adotou o *process-tracing* como método. Cada vez mais utilizado nas Ciências Sociais, ele possibilita fazer inferências fortes sobre como uma causa (ou conjunto de causas) contribui para produzir um resultado (GEORGE E BENNETT, 2005). Para tanto, ele busca construir explicações para determinados fenômenos e, neste sentido, apresenta natureza interpretativa, demandando que o pesquisador utilize sua imaginação política e sociológica para especificar etapas ou eventos significativos do processo, identificar teorias relevantes, bem como derivar variáveis e mecanismos causais. Nesse sentido, ter

profundo conhecimento de teorias e familiaridade com os casos são fatores que contribuem significativamente para a melhor utilização do método (FALLETI, 2016). Com este desafio e, ao se considerar que processo é uma sequência de eventos, relacionados entre si, que formam um todo coerente (BEACH E PERDERSEN, 2013), esta tese rastreia o processo de mercadorização da saúde no Brasil, definido pelo fortalecimento do mercado na provisão do bem-estar concomitante à implementação de uma política pública de caráter universal.

Podendo ser entendido como um tipo de observação de processos causais (*causal-process observations*), o process-tracing constitui uma análise sistemática de diagnósticos de provas selecionadas e analisadas à luz das questões de pesquisa e hipóteses levantadas pelo investigador (COLLIER, 2011). Assim sendo, e considerando a literatura mobilizada para a melhor compreensão das instituições e das mudanças que nelas ocorrem, decidiu-se pela observação e análise, em seu conteúdo e na sua precisão, de algumas decisões políticas, tomadas como dados empíricos. Segundo Jacobs (2008), a análise de decisões ao longo do tempo possibilita ganhos analíticos por possibilitar capturar a interação entre indivíduos e organizações, bem como o modo como ocorre a comunicação, a difusão das ideias, os interesses dos atores, além da análise do conteúdo substantivo das decisões. Tal predisposição, todavia, exigiu considerar que as escolhas sobre a política de saúde são realizadas em uma estrutura decisória complexa, que envolve, além das decisões tomadas diretamente por gestores, várias arenas deliberativas, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Câmara de Saúde Suplementar (CSS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), e, claro, o Congresso Nacional.

Decisões relacionadas à consolidação concomitante do SUS e da Saúde Suplementar foram selecionadas: o financiamento público do SUS e a Regulamentação/Regulação da Saúde Suplementar. O ponto de partida para essa escolha foi o entendimento de haver quatro dimensões relevantes para compreender as relações entre o Estado e o mercado em diferentes sistemas de saúde: (1) o financiamento governamental[26], (2) a regulação do setor saúde, (3) a propriedade de governo e (4) o emprego governamental para médicos. Segundo Immergut (1992),

[26] Financiamento aqui é entendido como as fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto em saúde de uma dada sociedade, bem como as despesas efetuadas e compartilhadas por diferentes atores públicos e privados (UGÁ, PORTO E PIOLA, 2012).

essas quatro dimensões juntas falam mais sobre as capacidades dos governos em regular, planejar, diminuir custos e prestar serviços de modo resolutivo e equitativo para a população frente aos interesses privados do que análises focadas na propriedade do Estado. Embora os dois últimos itens sejam extremamente relevantes, entendeu-se que os dois primeiros foram estruturantes para a consolidação de um sistema dual no Brasil.

O primeiro, porque o financiamento público é um dos principais itens que caracterizam os sistemas universais de saúde, e por se saber que os países que mais conseguiram avançar na universalização de seus sistemas possuem um gasto público bastante superior ao gasto privado, mais de 70%, algo que não se repete no Brasil que nos dias atuais possui um gasto privado superior ao gasto público. Além disso, os estudos na área da Saúde Coletiva apontam para o financiamento do SUS como um dos principais obstáculos ao seu desenvolvimento (MENDES E MARQUES, 1999; MARQUES E MENDES, 2012; RODRIGUES dos SANTOS, 2013; UGÁ; PORTO E PIOLA, 2012; PIOLA 2013). Sobre o segundo, aqui focado apenas no que diz respeito à Saúde Suplementar, toma-se como central o papel normativo e regulador do Estado para a viabilização de mercados, no caso, para a consolidação de planos e seguros sociais no Brasil (MENICUCCI, 2007; SANTOS, 2006).

No caso do financiamento do SUS, tornaram-se focais os processos de aprovação e renovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e do andamento das decisões e aplicação de regras acerca do estabelecimento de recursos mínimos de cada esfera de governo para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, particularmente sobre o que se relaciona à Emenda Constitucional 29. No caso da regulação da Saúde Suplementar, a ênfase recaiu sobre os conflitos acerca da definição de uma lei que regulamentasse o setor e depois a sua aplicação, o que recaiu nas decisões acerca da Lei 9656/1998 e na definição do curso da saúde suplementar após a regulamentação. A expectativa é a de que, por meio dessas observações e evidências, identifique-se a interação combinada de alguns fatores envolvidos no processo de institucionalização do SUS e da Saúde Suplementar destacados por autores institucionalistas que focam na existência combinada de permanências e mudanças nas políticas, em especial o legado, as regras e os atores (expressando a

agência humana), de modo a identificar os mecanismos causais que estão operando para os resultados encontrados.

Infelizmente, não houve espaço para tratar de outras importantes evidências, que também apontam para escolhas deliberadas de fortalecimento do mercado, dentre as quais incluem-se os incentivos fiscais do Estado (isenção fiscal no imposto de renda de pessoa física; permissão para que as empresas lancem gastos com planos de saúde como despesa ordinária, o que lhes permite abater imposto sobre o lucro líquido; e autorização da filantropia, que já é isenta de impostos, operar planos privados de saúde) (RODRIGUES DOS SANTOS, 2013). Contudo, escolhas precisaram ser feitas devido à própria inviabilidade temporal relacionada à produção da tese, bem como pelo próprio objeto exigir a revisão de literaturas específicas.

Quando o *process-tracing* é utilizado para explicar resultados, como neste estudo, o pesquisador busca uma explicação que parta da relação dialética entre um caminho dedutivo (nível teórico) e o caminho da indução (nível empírico), exercendo uma função heurística para atingir inferências válidas (BEACH E PEDERSEN, 2013). Isso aponta para uma descrição cuidadosa de cada evento ou fato, entendidos como evidências; para a especificação da sequência temporal, visando à identificação de como essas provas estão conectadas entre si; e para a identificação dos mecanismos causais e da interação entre as suas partes. Mecanismos causais são frequentemente descritos como uma dinâmica interativa de partes que possuem força causal para produzir alguns resultados. Ou seja, ele é como um sistema completo, em que cada parte pode ser teorizada em sua individualidade, mas de modo insuficiente para atuar como causa. Cada evento não tem existência independente em relação à produção de “y”, apenas as partes integrantes de um sistema podem transmitir as forças causais de “y”. (BEACH E PEDERSEN, 2013). Assim, a identificação e a explicação de mecanismos causais são centrais para o problema de pesquisa (COLLIER, 2011; GEORGE E BENNETT, 2005, MAHONEY, 2010).

Outro aspecto importante na utilização do *processo tracing* em estudos históricos é a relevância dos contextos para a compreensão dos mecanismos causais em ação nos processos em análise, pois eles incidem sobre os mecanismos causais, e a interação entre eles determina os resultados, pois dado um conjunto de

condições iniciais, o mesmo mecanismo (ou um conjunto deles), operando em diferentes contextos, pode levar a diferentes resultados (FALETTI E LYNCH, 2009). Assim sendo, a análise de distintos contextos políticos na produção de resultados pode ser esclarecedora quanto aos mecanismos que foram determinantes para tal.

3.2.2 A tessitura de fatores explicativos

Como visto, a literatura sobre mudanças institucionais aponta para a relevância de se considerar características do contexto político e das instituições. Quanto às instituições, este estudo considerou a importância de três fatores: o legado, as regras e os atores (e suas alianças)[27]. No caso do legado da política, é corrente pensar que, mesmo quando uma política pública possui sinais de eficiência e existem sujeitos econômicos ou atores políticos insatisfeitos, as escolhas do presente estarão limitadas pelas escolhas do passado. Por esse ângulo, a política envolve alguns elementos de azar (agência, escolha), mas uma vez que um caminho é tomado, alternativas viáveis em um momento tornam-se cada vez mais remotas, o que leva os atores evolvidos a acomodar suas estratégias para o padrão predominante, dados os mecanismos e efeitos de retroalimentação (*feedback)* (PIERSON 2000; ARTHUR 1989 apud THELEN, 2004).

Os processos que envolvem retroalimentação são definidos por alguns atributos. Um deles é o de que as políticas públicas apresentam múltiplos equilíbrios. Quer dizer, os primeiros eventos de implantação de uma política abrigam um conjunto de condições iniciais propícias à retroalimentação positiva, e com grandes efeitos, uma gama de consequências possíveis. Cada equilíbrio pode servir como resolução das interações sociais, mas os atores identificam um equilíbrio comum a ser perseguido. Outra característica é a contingência, que se refere à suposição de

[27] É claro que essa foi uma decisão difícil, manifesta pela subtração de outras prováveis causas explicativas. Outro estudo, com o mesmo objeto e igual perspectiva teórico-analítica, poderia, por exemplo, enfocar a burocracia especializada e comprometida com a reforma sanitária, mas insulada em seus scripts cognitivos. O mesmo pode-se pensar a respeito do arrefecimento das mobilizações sociais em prol de políticas universais, o que imprimiria mais pressões populares sobre os governos e parlamentares, ou mesmo a incongruência entre a proposta de reforma com os princípios básicos e a moralidade de uma cultura, cujas características delimitam a legitimidade e o processo de estruturação de mesmas regras, como afirma Olsen (2014), o que facilitaria mudanças mais consistentes e duráveis. Em outra direção, as capacidades do Estado, especialmente em termos fiscais, também poderiam ser tratadas como um fator para entender as dificuldades de financiamento público da política de saúde. Entretanto, dadas as limitações temporais de qualquer pesquisa, escolhas teóricas e analíticas precisaram ser realizadas para a garantia da parcimônia deste trabalho.

que eventos relativamente pequenos, quando ocorrem em um momento específico, podem gerar consequências longas e duradouras. Nisso, o problema que deve guiar o pesquisador atento para esse fator não é apenas descobrir o que aconteceu, mas entender em quais circunstâncias. Disso decorre a relevância daquilo que imputa ao papel crítico do tempo e da sequência (*timing* e *sequencing*), ao fortificar a ideia de que políticas públicas podem ser altamente influenciadas por perturbações relativamente pequenas nas etapas iniciais. Os eventos precoces tendem a amplificar os efeitos em relação aos acontecimentos posteriores, cujas consequências são enfraquecidas. Assim, alguns eventos que poderiam ter impactos relevantes se tivessem ocorrido em um determinado tempo apresentam-se com pouca potência em outros momentos, especialmente naqueles posteriores (a ideia do "tarde demais") (PIERSON, 2004; 2008).

Um importante efeito desses elementos é fazer que as políticas públicas se tornem dependentes da trajetória ou do caminho (*Path dependence*). Para evitar o problema de definições soltas (MAHONEY, 2006), uma abstração relativamente bem difundida e aceita sobre o mecanismo de dependência de trajetória, diz que ele remete às dinâmicas de retroalimentação positiva (*positive feedback)* (SCOKPOL E PIERSON, 2008). Assim, uma trajetória dependente pode ser entendida como o resultado de mecanismos que suportam ganhos crescentes para os membros em um dado momento e tendem a reforçar a direção da organização num determinado percurso devido aos processos dinâmicos que envolvem retornos crescentes. Outra possível consequência são os *efeitos lock-in,* que remetem ao aprisionamento dos comportamentos e de decisões. Dado que as políticas públicas definem como regras e condicionam o conjunto de atores que participam das decisões, elas acabam fazendo com que os atores comprometam-se entre si, desenvolvam habilidades específicas, comercializem determinados bens, prefiram algumas estratégias etc., em resposta a tipos de ação governamental. Isso gera uma estrutura de incentivos que induz os indivíduos a manterem determinados comportamentos, ao mesmo tempo em que aumenta os custos para a adoção de alternativas às políticas preestabelecidas (PIERSON, 1993, 1994; North, 1990 apud MENICUCCI, 1997). Por sua vez, a aprendizagem institucional indica que o quadro institucional direciona o processo de aprendizagem humana e o desenvolvimento do conhecimento tácito que leva ao processo de tomada de decisão (NORTH, 1990). Isso equivale a

esperar que as agendas governamentais e o desenho de respostas alternativas reflitam escolhas embasadas nos sucessos ou nos erros do passado. Isso muitas vezes explica o fato de que algumas políticas sejam reproduzidas, uma vez que os atores, no lugar de adotarem novas alternativas, tendam a apenas adaptarem políticas anteriores a novas situações (MENICUCCI, 1997).

Para superar os problemas de explicações centradas no legado, nesta tese os efeitos de retroalimentação são tomados como definidores das condições nas quais escolhas políticas e institucionais são capazes de estabelecer as "matérias-primas" (constelação de jogadores, definições de interesses) com as quais os empreendedores políticos, bem como os defensores e desafiadores das instituições existentes, têm de trabalhar. Ou seja, reconhece-se que, uma vez implantadas, as instituições afetam as opções estratégicas disponíveis para os agentes políticos, porém evita-se pensar que os atores estão plenamente fixados nesses padrões[28] (THELEN, 2004). Isso parece mais adequado para o caso da política de saúde brasileira, no qual se percebem importantes inovações institucionais, apesar da persistência de um padrão de relação do Estado com o setor privado, embora adaptado.

Ainda pelo ângulo de fatores estruturais, as regras apontam para os elementos relativamente duradouros da vida política e social que estruturam o comportamento e que não podem ser instantaneamente ou facilmente alterados (MAHONEY E THELEN, 2009). Nesse sentido, pensa-se que há um conjunto de regras que moldam o jogo político na arena da saúde: quem participa das decisões, quais recursos podem ser utilizados e como eles são distribuídos, qual o poder de

[28] A própria ideia de retroalimentação inclui em si a interação com os atores, porém há certa tendência de interpretar que os atores tornam-se facilmente presos às configurações institucionais. Ou seja, diz-se que os atores buscam a autoridade política como forma de mudar as regras do jogo, e que, por mais que seja laborioso, quando os atores conseguem estabelecer alterações nas instituições ou políticas públicas a seu favor, obviamente o poder e a capacidade de ação política deles aumentam em relação aos seus rivais, o que deflagra uma recomposição de poder. No entanto, o raciocínio básico é o de que, ao longo do tempo, essas mesmas relações serão reforçadas no sentido de consolidar a vantagem política definida no momento da mudança, além de que os mecanismos de *feedback positivo* podem transformar uma situação de conflito relativamente equilibrado em uma extensa assimetria de poder, cuja transparência nem sempre é possível para os atores implicados. Outro possível complicador do conceito é o de que a motivação de dependência de trajetória relaciona-se à percepção e à reação dos indivíduos em relação às mudanças em um conjunto de oportunidades. A intencionalidade de melhorar os resultados depende das informações disponíveis, mas, com frequência, essas são tão pobres que os atores não conseguem identificar alternativas superiores. Quer dizer, mesmo que a mudança derive da ação de agentes, novamente elas são entendidas como extremamente difíceis pela existência de uma ou mais situações em que um determinado padrão se solidifica e se generaliza (NORTH, 1990; PIERSON, 2004).

veto dos atores etc. Essas regras que estruturam o conflito político tanto são oriundas das características predominantes do sistema político brasileiro, quanto são intrínsecas à própria política de saúde.

Longe de esgotar a complexidade do sistema político brasileiro, quer-se lembrar de que o Brasil organiza-se sob o abrigo do presidencialismo de coalizão e de que as grandes decisões da política de saúde são condicionadas pelo *modus operandi* dessa lógica de garantia da governabilidade. Ordinariamente, embora o presidencialismo apresente algumas vantagens em relação ao parlamentarismo, como a possibilidade de identificar os prováveis vencedores, a fiscalização mútua entre poder legislativo e poder executivo, e a existência de um árbitro de no presidencialismo (SHUGART E CAREY, 1992 apud TSEBELIS, 1995*)*, cria-se um jogo no qual o presidente necessita de uma coalizão de apoio para a sustentação de suas políticas.

O sistema presidencialista possui as seguintes características: eleição popular do chefe do Executivo; mandatos fixos para os poderes Executivo e Legislativo, e não dependentes de confiança mútua; chefe do Executivo nomeia e dirige a composição do governo, além de ter poderes legislativos outorgados pela Constituição (SHUGART E CAREY; 1992 *apud* LOUREIRO E ABRUCIO, 1999). São três os seus principais efeitos: 1) o presidente torna-se, de fato, o construtor de seu gabinete, e não o partido majoritário ou a coalizão vencedora, como ocorre no parlamentarismo; 2) é alargada a capacidade presidencial de montar e remontar estruturas administrativas vinculadas ao seu projeto político, bem como o seu poder de nomeação independentemente dos arranjos burocráticos mais perenes; 3) em grande medida, essa maioria parlamentar é conquistada por meio da distribuição de cargos (LOUREIRO E ABRUCIO, 1999).

Nesse sistema, espera-se, ainda, que a retirada de apoio de um ou mais partidos em uma determinada votação não seja o suficiente para romper com o apoio ao governo, bem como se presume que, em situações de perda de popularidade e no final de mandato, o apoio legislativo aos governos em exercício seja diminuído (LOUREIRO E ABRUCIO, 1999). Uma vez que exigem negociação em um contexto de separação de poderes, é comum que as decisões tenham custos elevados e sejam mais lentas do que em regimes parlamentaristas. Assim, a alteração do *status quo* torna-se mais improvável e, quando acontece, tende a ser

menos radical (TSEBELIS, 1995). É importante notar que, associado ao presidencialismo, o Brasil apresenta um arranjo que, para alguns autores, aumenta significativamente as dificuldades de mudança (multipartidário, federalismo, bicameralismo) (LAMOUNIER, 1994), porém, há quem argumente que as bases institucionais do presidencialismo de coalizão não gera paralisia decisória, em grande medida, em razão da elevada concentração de poder no Executivo Federal (FIGUEIREDO, 1998; LIMONGI, 2006). Seguindo este último argumento, torna-se imprescindível considerar a agenda estabelecida pelo governo federal para o país e para a política de saúde, bem como pensar como essa agenda altera-se ao longo do tempo e em interação com os atores em movimento político, seja na arena da saúde ou não.

Ainda em relação às regras, pensa-se que há lacunas e ambiguidades nas regras constitucionais e infraconstitucionais do SUS. A abordagem distribucional pensa que as instituições carregam uma dinâmica própria de mudança potencial, emanada não apenas da natureza politicamente contestadora dos atores, mas também do grau de abertura que empreendedores de mudança encontram na interpretação e aplicação das regras. Como qualquer conjunto de regras ou expectativas implica em padrões desiguais para a alocação de recursos, os atores com diferentes motivações e recursos são normalmente motivados para buscar a criação ou transformação de instituições, que, por sua vez, refletem as contribuições relativas e os conflitos entre os atores organizados em coalizões. Assim sendo, hipoteticamente, a potência de uma coalizão em imprimir a sua ideia e os seus interesses materiais pode ser tão grande que os agentes dominantes são capazes de conceber instituições que correspondam estreitamente às bem definidas preferências institucionais. Nada obstante, os resultados institucionais nem sempre refletem os objetivos de um grupo particular. Aliás, na grande maioria das vezes, eles são resultados não intencionais do conflito entre os atores, decorrente de “compromissos ambíguos”. Por essas razões, pensa-se não haver nada automático ou de autorreforço sobre arranjos institucionais (MAHONEY E THELEN, 2010; STREECK E THELEN, 2005; THELEN, 2004).

Como as regras nunca são precisas o suficiente para cobrir toda a complexidade do mundo real, habitualmente elas são implantadas de várias maneiras. Algumas vezes favorecem o reforço de padrões de políticas prévias,

noutras permitem que os atores determinem mudanças mais profundas. Assim, o que estimula as mudanças são as implicações do poder distributivo das instituições, que fazem que atores empreendedores ajam de modos distintos em relação às regras, lançando mão de um leque restrito de possibilidades estratégicas. A expectativa para o surgimento da mudança é precisamente como os atores exploram as lacunas ou pontos fracos (*gaps* ou *soft spots*) entre as regras e suas interpretações ou as regras e sua execução. Se a aderência às regras (*compliance*) é fator decisivo para a análise da estabilidade e da mudança (MAHONEY E THELEN, 2010), então se deduz que é preciso analisar os mecanismos adotados por uma constelação de atores, especialmente aqueles empreendedores de políticas, quanto à adoção e ou rejeição das regras que definiram o SUS. Em termos de hipótese complementar, acredita-se que na implementação da nova política foram definidas novas regras que, se por um lado facilitaram o estabelecimento de inovações institucionais, por outro lado, criaram um deslocamento gradual dos propósitos da nova política, especialmente a partir da definição de regras incrementais, reforçando um padrão de relação Estado e mercado adaptado às novas circunstâncias. O terceiro fator são os atores e suas coalizões. Aqui os atores são entendidos como entidades organizacionais potencialmente complexas que incorporam múltiplas redes institucionais e que criam alianças contingenciais (WEIR, 2006). Quando inseridos em redes institucionais, os atores montam suas estratégias de inovação conforme uma lógica relacional e situacional, ou seja, configuram e reconfiguram os seus interesses, estratégias de ação e os mecanismos que utilizarão para obter apoio político em um contexto de diversas ordens e lógicas em competição. Assim sendo, é preciso pensar sobre os processos internos por meio dos quais os atores organizacionais estabelecem as suas políticas e criam alianças, o que inclui ideias e interesses materiais (idem).

Uma vez que as coalizões são contingenciais e moldadas conforme cenários específicos, aguarda-se que elas se alinhem de formas múltiplas para contestar ou apoiar a mudança das instituições. Assim sendo, é central identificar como os atores buscam alianças e como essas se comportam (apoiadoras ou desafiadoras das instituições), além de suas capacidades de mobilizar defensores latentes ou oponentes em ação para atingir os seus fins (WEIR, 2006; MAHONEY E THELEN, 2010). Portanto, neste estudo há o desafio de compreender em que

medida as alterações no padrão ou possibilidade de suporte político são condicionais a partir do desenvolvimento de domínios lógicos e interesses ostensivamente distantes. Sem esquecer nem que o poder dos agentes é assimétrico (HALL e TAYLOR, 2003; THELEN E STEINMO, 1992), nem que o sucesso de suas ações depende fortemente das coalizões que eles são capazes de forjar ou que emergem inesperadamente de um curso de disputa distributiva (THELEN E STEINMO, 1992; MAHONEY E THELEN, 2009), julga-se que alguns atores afetaram de forma mais decisiva o esmorecimento do suporte político ao SUS, ao mesmo tempo em que contribuíram para a solidificação de um mercado privado na saúde.

Como já deve ter ficado subentendido, o ator central para a análise desta pesquisa são os governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e os governos dirigidos por Luís Inácio Lula da Silva (Lula), do Partido dos Trabalhadores (PT). A partir da premissa de que eles expõem visões distintas acerca do papel do Estado, especialmente no que diz respeito às políticas sociais, face ao mercado, tornou-se fundamental compreender minimamente a trajetória desses partidos, os arranjos de apoio constituídos ao longo dos anos que conduziram as políticas nacionais e as suas proposições, particularmente em relação à política de saúde. Ao se olhar para a agenda setorial, tornou-se relevante observar a posição dos atores que coordenam a política de saúde e de suas alianças com atores que participam de arenas decisórias, seja do SUS ou da Saúde Suplementar.

Sendo o Ministro da Saúde um ator com poder da agenda setorial; e dirigentes do ministério e da Agência Nacional de Saúde fundamentais para a apresentação de alternativas, respectivamente ator visível e invisível, segundo Kingdon (1995), observam-se as variações nas equipes ministeriais. Tal premissa deve-se tanto ao poder de agenda dos Ministros, atores visíveis no sentido de Kingdon (1995), quanto às possíveis alterações nas coalizões de forças entre atores estratégicos quando se altera a equipe ministerial. Assim sendo, seis variações no Ministério da Saúde são analisadas, sendo três próprias do período FHC (Gestões Jatene – janeiro de 1995 a novembro de 1996, Albuquerque – dezembro de 1996 a março de 1998 e Serra/Barjas – março de 1998 a dezembro de 2012) e três específicas do Governo de Lula (Gestões Humberto Costa – janeiro de 2003 a julho

de 2005, Saraiva/Agenor - julho de 2005 a março de 2007, e Temporão – março de 2007 a dezembro de 2010).

No caso, os dez meses de Barjas Negri como Ministro da Saúde foi tido como um período que não representa uma variação relevante, pois este, além de já ser peça central ao ter assumido o cargo de Secretário-Executivo desde Abuquerque e Serra, torna-se ministro numa fase de transição em virtude do período eleitoral. Em raciocínio parecido, três razões justificam a agregação de Saraiva e Agenor em única variação analítica: 1) os dois atores foram inseridos no governo Lula em julho de 2005, assumindo os principais cargos no Ministério da Saúde naquele momento; 2) desde então, poucas foram as alterações na equipe de secretários e diretores; 3) então Secretário-Executivo, Agenor assume o Ministério também em ano eleitoral, sem um horizonte temporal certo de permanência no cargo.

Enfim, para explicar a dualidade da política de saúde, a despeito das mudanças de âmbito jurídico-institucional e variações no cenário político próprias do governo FHC e do governo Lula, alguns objetivos específicos foram definidos para serem perseguidos: 1) descrever o legado da política de saúde, identificando particularmente a constituição de instituições e atores; 2) identificar as lacunas e ambiguidades das regras que representam o novo marco normativo para a institucionalização do SUS; 3) identificar as primeiras decisões tomadas nos anos posteriores à Constituição Federal e entender como elas podem ter definido uma rota de implantação do SUS; 4) caracterizar o contexto político-institucional dos governos FHC e Lula, considerando a trajetória do partido, o programa de governo, a coalizão de apoio e consequências no desenvolvimento de políticas sociais; 5) identificar as interações entre a agenda governamental e os atores estratégicos nos governos FHC e Lula; 6) caracterizar a agenda governamental da saúde em cada variação ministerial; 7) identificar as alianças políticas e quais os principais conflitos distributivos; 8) analisar os processos de decisão sobre regras de financiamento do SUS e regulamentação e regulação da saúde suplementar, considerando os contextos políticos.

Com relação à verificação dos dados analisados, optou-se por uma análise documental complementada de entrevistas em profundidade. Além do que a literatura já oferta sobre o tema, se recorreu sistematicamente aos programas de governo das eleições de 1994, 1998, 2002 e 2006 e às atas do Conselho Nacional

de Saúde (instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS – de caráter permanente e deliberativo) para uma recomposição inicial dos principais fatos históricos, agenda da saúde, posição dos atores e principais proposições legislativas e interpretações das leis etc.. Isso significou a leitura de noventa e oito atas do período referente aos dois mandatos do governo de FHC e cento e treze atas do período referente aos dois mandatos do governo de Lula. Também se mapearam todas as proposições legislativas do período ao financiamento e à regulamentação da saúde suplementar, incluindo as que se constituíram como Lei de Diretriz Orçamentária (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). Para isso, usou-se a ferramenta de busca do portal da Câmara dos Deputados, o que resultou na identificação de 55 e 62 proposições legislativas, respectivamente dos governos FHC e Lula. Considerando o que se encontrou na literatura e o que se observou nas discussões do Conselho Nacional de Saúde, nem todas as proposições e/ou leis mapeadas foram analisadas em profundidade. Outra importante fonte de informação foram os Cadernos da Câmara dos Deputados, que registram todos os debates em Plenário da Casa. A partir dele, conseguiu-se extrair muito das posições dos parlamentares em conexão com aquilo defendido pelo governo. Como o próprio nome do método sugere, para o rastreamento de processos decisórios, foi necessário escavar uma série de informações de forma mais assistemática, como entrevistas em programas televisivos, notícias de jornais, documentos governamentais etc.. Após já realizada uma descrição dos achados, iniciou-se a fase das entrevistas. Ao se identificarem informantes chaves na fase que focou os documentos, realizaram-se entrevistas a partir de um roteiro comum, mas que foi singularizado para cada informante. Depois de transcritas as entrevistas, o procedimento foi triangular as informações com os dados já obtidos, de modo a ampliar a consistência da observação e da análise.

3.3 Síntese do capítulo

Neste capítulo foi apresentada a moldura teórica e analítica da pesquisa. Acredita-se na potência da abordagem institucionalista para a análise de políticas públicas, pois, além de todo o arsenal teórico desenvolvido, ela colabora para o entendimento de que processos de mudança podem não romper com alguns

padrões fixados ao longo da trajetória de uma política pública. Outro ponto importante para este estudo é a relevância de constituir e colaborar com pesquisas que tratem da dinâmica institucional, considerando a interação entre estrutura e agência humana em contextos políticos próprios. Portanto, ao contrário do que se possa pensar pelo que marcou a sua origem, o Novo Institucionalismo não é uma opção que negligencia contextos socioeconômicos e políticos, nem os interesses em disputas, mas, ao se buscar pesquisas de médio alcance, de fato, procura-se entender, de forma profunda, fatores endógenos às próprias políticas públicas.

Uma importante aprendizagem na leitura dos autores que focam a política pública pelo ângulo do neoinstitucionalismo, particularmente aqueles que buscam compreender as variações nos tipos de mudança, é que a ação dos atores gera processos políticos capazes de alterar, em alguma medida, as instituições, mas essas também possuem elementos para restringir a potência transformadora de um novo desenho institucional. A literatura reforça, também, que fatores contextuais incidem na mudança, seja quanto ao seu ritmo, quanto aos compromissos gerados ou quanto à direção da mudança. Assim, a parte empírica deste estudo parte do entendimento de que, como o conflito político não cessa, as políticas públicas são objetos contínuos de intensas contestações políticas inseridas em contextos institucionais e políticos. Assim, nota-se a importância de identificar a força do legado e das regras na política de saúde brasileira, ao mesmo tempo em que se abraça a premissa de que os atores e suas coalizões possuem papel relevante para gerar mudança, ou mesmo restringi-las. Para isso, o método escolhido sinaliza para alguns caminhos, os quais foram descritos. Agora é hora de apresentar os dados e conectá-los.

4. LEGADO E NOVAS REGRAS NA SAÚDE BRASILEIRA: DELINEANDO FATORES ESTRUTURAIS

Este capítulo descreve a trajetória da política de saúde, tanto no período que antecede ao SUS, quanto nos anos imediatos à decretação de um novo desenho para a política de saúde. Busca-se evidenciar o seu legado, enraizado numa lógica corporativista estruturada por meio de várias escolhas direcionadas para o fortalecimento do mercado no que tange à assistência aos assegurados da previdência. O capítulo também apresenta o processo de definição de novas regras, inscritas constitucionalmente, e as principais decisões pós-alteração constitucional, considerando que as primeiras decisões são fulcrais para o estabelecimento de uma trajetória, habitualmente, de difícil reversão.

Ao adentrar na herança de escolhas prévias e no discernimento de decisões que possam ter incidido em escolhas realizadas na sequência de implantação do SUS, o capítulo expressa o esforço de rastrear a dualidade da política a partir do diálogo com decisões do passado. Esse movimento se mostra relevante, particularmente em razão de se acreditar que o legado prévio ao SUS elucida algumas restrições à inovação constitucional e de que as regras que estabeleceram o novo sistema mantiveram um grau de ambiguidade que o tornaram, desde o início, objeto de contestação ou de deserção ao projeto de universalização da saúde.

4.1 Políticas Prévias ao SUS

4.1.1 A raiz mutualista

No começo do século, em relação à atenção a saúde, o aparato estatal voltava-se essencialmente para as medidas de controle de epidemias e endemias, além do saneamento das cidades. Em tal organização, os serviços médicos e hospitalares eram restritos para uma parcela da população, especialmente a cargo das instituições filantrópicas e privadas. O financiamento da assistência vinha diretamente de doadores e/ou pagamentos dos indivíduos. O crescimento dos hospitais públicos conferia-se basicamente para a assistência especializada de

doenças infectocontagiosas (como tuberculose e hanseníase) e de saúde mental, que eram pensadas como um problema de saúde pública (BAHIA, 1999; COELHO, 2013).

Já no ocaso da República Velha, o Estado ampliou suas capacidades administrativas e começou a assumir uma série de atribuições sociais e econômicas que antes eram desenvolvidas fora do âmbito governamental. Isso foi favorecido pelas demandas oriundas dos crescentes e complexos agrupamentos urbanos, consequências do processo de industrialização e modernização. Em tal conjuntura, além de maior concentração do poder político, antes disperso entre as oligarquias regionais, o Estado assumiu o atributo de regular o conflito social em torno da "questão social" – termo abrangente para designar os problemas sociais que incomodavam e ou afligiam as classes médias e operárias urbanas (MALLOY, 1986). Mediante uma crescente tensão social, a solução foi estabelecer políticas de proteção social voltadas para grupos específicos da sociedade. De encontro ao previsto na Constituição de inspiração norte-americana, instituída em 1881, na qual a intervenção do Estado na problemática trabalhista e social não era prevista, e na qual havia também uma rígida adoção dos princípios do liberalismo econômico, o Estado apresentou, na década de 1920, uma importante função normativa no que tange à organização dos direitos sociais.

Em lógica parecida com os arranjos mutualistas iniciados por sindicatos e comunidades de imigrantes que arrecadavam fundos para salvaguardar os associados em casos de doenças, estabeleceu-se a Lei Eloy Chaves (Decreto-Lei Nº 4.682/1923), a qual instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os empregados de cada empresa de estradas de ferro existente no país, as quais consistiam em um tipo de organização de ajuda mútua, com o objetivo de prover fundos para aposentadorias, pensão e assistência médica. Depois desse marco, diferentes legislações estenderam a orientação de criação de CAP para outros tipos de empresas, estabelecendo as bases de um sistema de seguros sociais obrigatórios para os trabalhadores urbanos[29]. Assim, o Estado assumiu o papel de

[29] O Decreto Nº 5.109/1926 estendeu o regime do Decreto Nº. 4.682/ 1923 a outras empresas das estradas de ferro do país, bem como às empresas de navegação marítima ou fluvial e àquelas de exploração de portos, a cargo da União, dos Estados, dos Municípios, ou de particulares; o Decreto Nº 5485/1928, que criou uma CAP para o pessoal não contratado pertencente às empresas particulares dos serviços telegráficos e radiotelegráficos. Em 1930, o Decreto Nº 19497/1930 estendeu o Decreto nº 5109/1926 para o pessoal dos serviços de força, luz, bondes e telefones, a cargo dos Estados, municípios e particulares e ao dos serviços de telegrafia e radiotelegrafia. O

impor para alguns setores da economia a obrigatoriedade legal das CAP e de controlar externamente os seus funcionamentos, sem, contudo, nenhuma responsabilidade administrativa, nem financeira, o que ainda conotava a adoção da orientação liberal de organização da proteção social, apesar de adentrar com sua autoridade nas relações de trabalho.

As Caixas possuíam uma natureza basicamente privada, geridas pelas próprias empresas e instituições, em parceria com representantes dos empregados. Eram três as fontes de receitas para a sua manutenção: contribuições dos trabalhadores das empresas (3% dos vencimentos dos salários), empresas (1% da renda bruta do ano anterior, por mês) e contribuição dos usuários dos serviços das empresas (o montante correspondente ao imposto cobrado sobre os preços, arrecadado no mês) (OLIVEIRA e TEXEIRA, 1989). Os benefícios estavam de acordo com a capacidade contribuinte do indivíduo, sem fins redistributivos, e com um padrão elevado de despesas, com garantia de direitos aos socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, bem como internação hospitalar, em caso de intervenção cirúrgica[30] (MALLOY, 1986; OLIVEIRA E TEXEIRA, 1989).

Para ofertar assistência à saúde, essas instituições de caráter mutualista construíam serviços próprios e/ou contratavam médicos para destinarem alguns períodos de trabalho em seus consultórios particulares aos segurados e dependentes. Os estabelecimentos privados também eram usados para internação e outros tipos de procedimentos de recuperação da saúde. A propensão do Estado em legislar a favor da organização de uma assistência à saúde por meio de empresas não rompeu, porém, com sua atuação predominantemente centrada em ações de saúde de caráter coletivo e em alguns tipos de enfermidades (OLIVEIRA E VIANA, 1986). Segundo Cohn (2003), as Caixas teriam constituído “as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado e sem ônus para os cofres públicos” (p.15).

Decreto nº 22.096 incluiu os trabalhadores em Serviços de Mineração no regime das CAP’s. Em 1934, a Portaria nº 32, do Conselho Nacional do Trabalho, criou a CAP dos Aeroviários.

[30] A exceção é o Decreto de Nº 5485/1928, que criou as caixas de aposentadorias e pensões para o pessoal não contratado pertencente às empresas particulares que exploram os serviços telegráficos e radiotelegráficos.

4.1.2 A trama corporativista

Nos governos de Getúlio Vargas (1930-1945), alterações estruturais foram introduzidas na dinâmica política e econômica do País. Apesar dos múltiplos interesses e projetos políticos estavam em disputa, com uma exacerbada tensão entre os defensores da autonomia subnacional e os a favor de um governo centralizador, a partir de 1930, um conjunto de medidas foi tomado pelo Estado para facilitar a industrialização brasileira, de modo a introduzir um novo modo de fomento do capitalismo. Orientados por um projeto nacional-desenvolvimentista, a industrialização, a infra-estrutura e a expansão de empresas estatais tornaram-se viáveis mediante a ativa promoção estatal, na qual, ao mesmo tempo em que se estimulava a transferência de renda dos agroexportadores para a burguesia industrial, conseguia-se apoio popular por meio de pacto social que concedia aos trabalhadores urbanos uma série de direitos vinculados às práticas laborais. Isso se dava, contudo, sem incluir os trabalhadores rurais da recém-criada Consolidação das Leis do Trabalho - CLT (OLIVEIRA, 1988).

A Constituição de 1934 registrou o abandono da suposta neutralidade do Estado liberal e reconheceu vários direitos inerentes ao trabalho. Nessa Carta ficaram definidas as atribuições dos entes federados em relação ao amparo às famílias e afirmou-se a autoridade estatal na fiscalização e regulação das atividades econômicas e sociais do país. Formalmente, ficou determinado que a assistência pública à saúde fosse uma competência da União e dos estados (Art.10), e que ao trabalhador e à gestante deveria ser garantida a assistência médica (Art. 121, § 1.º). Ainda sem um sistema partidário nacional e com apoucamento da adesão das elites dirigentes ao Estado liberal e ao jogo parlamentar, em 1937, partidos políticos foram proibidos e fechou-se o Congresso, dando-se início à Ditadura Vargas. Com apoio político alargado, que denotou considerável autonomia do plano federal, frente às oligarquias regionais, antes dominantes, novas matrizes institucionais foram fundadas no Brasil.

O Presidente Vargas não se eximiu de definir e imprimir avultados objetivos. Nos quinze anos que se manteve no poder, ele procurou uma posição segura em uma nova constelação de forças, o que lhe fez buscar, bem aquém de erradicar o poder da classe dominante, expandir o número de atores na dinâmica política. Para criar uma nova coalizão política foi essencial o desenvolvimento de

políticas sociais para os trabalhadores urbanos, a expansão do emprego, a valorização dos sindicatos, dentre outras estratégias. Ou seja, “a ausência de liberdade de expressão e de participação política conviveu, durante o período do Estado Novo, com instrumentos legislativos bastante modernos de proteção e assistência ao Trabalhador” (NEVES, 1997, p.95).

Assim, o período de 1930 a 1945 foi o grande momento da legislação social no Brasil, dado o avanço dos chamados “direitos sociais”, apesar da retração dos direitos políticos e civis. A assertiva leva ao entendimento da quase inexistência de “lugar” para a ação política autônoma dos trabalhadores brasileiros. Neste sentido, a cidadania não constituía resultado de luta política, visto que dependia da benevolência do Estado, o que corrobora com o conceito de “Cidadania Regulada”, cunhado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979).

O ordenamento de políticas sociais destinou atenção às questões do interior da nação, imprimindo um forte componente corporativista na definição dos direitos. Nessas condições, estabeleceu-se uma lógica de intervenção estatal na proteção social que até hoje reverbera nas políticas governamentais (BOSCHI, 2008; DRAIBE, 2003, 2005; SATYRO, 2014). Com notória orientação nacionalista e desenvolvimentista, o Estado, além de imprimir ações favoráveis à industrialização e à expansão do setor público, e agir na concertação de interesses, com consequente aumento de sua autoridade e de seu papel na regulamentação da vida socioeconômica, assumiu definitivamente o “papel de promotor da integração social pelo abrandamento dos efeitos demolidores do próprio mercado” (MALLOY, 1986, p.86), assim, o desenvolvimento de políticas de proteção social sofreu alterações.

O reflexo disso na saúde foi o aprofundamento das raízes e das contradições da dissociação entre saúde pública, voltada para a prevenção e o controle de doenças endêmicas e infectocontagiosas, e a assistência à saúde, compreendidas como ações de cunho individual. Tal dualidade foi grifada pela constituição de órgãos independentes do Estado, os quais dividiam a política pública de saúde em duas categorias: saúde pública e medicina previdenciária. Enquanto o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), instituído em 1930, pelo Decreto nº 19.402, seria responsável pelas atividades consideradas de natureza coletiva, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), criado no mesmo ano pelo

Decreto n° 19.433, deveria zelar pela assistência à saúde dos trabalhadores (FONSECA, 2007; HOCHMAN, 2005).

A saúde pública tornou-se parte das concepções favoráveis a um Estado robusto e centralizado, capaz de estender o aparato governamental para todo o território nacional. Ela fazia parte da agenda política, pautada na interiorização de políticas verticalizadas, dentre as quais ações especializadas em endemias e doenças infectocontagiosas. Em contrapartida, a assistência individual tendeu a ter uma atenção periférica naquelas décadas, circunscrita no universo de algumas categorias sociais, direito vinculado ao trabalho e uma incumbência de instituições previdenciárias. Essa dissociação não foi resultado apenas de uma estratégia governamental específica, mas também da ideologia e dos interesses políticos predominantes na época. Além da política de inclusão seletiva, os próprios dirigentes do Ministério da Educação e Saúde Pública não reivindicavam uma integração dos vários componentes da atenção à saúde em uma única estrutura administrativa. Ao contrário, prevalecia a ideia de que a saúde pública deveria privilegiar medidas de prevenção e saneamento. Em discurso, Gustavo Capanema, Ministro da Educação e Saúde (1934-1945), verbalizava com veemência que a responsabilidade do Ministério por ele dirigido, em relação às enfermidades, deveria ser limitada às doenças infectocontagiosas, particularmente por terem efeitos de abrangência coletiva[31] (HOCHMAN, 2005; MALLOY, 1986).

Inserida na lógica previdenciária, a política de assistência médico-hospitalar introduziu um novo conceito organizacional que ampliou progressivamente a participação do Estado no sistema de proteção social. Sem extinguir as estruturas das CAP, o Estado, por meio de leis e decretos, estabeleceu os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) – entidades públicas autárquicas criadas por grupo funcional, dispostos por categoria ocupacional (bancários, indústria, comerciário etc.), regulados e coordenados pelo próprio MTIC, com direção exercida por pessoas livremente nomeadas pelo presidente da República. Os IAP inauguraram estruturas de proteção em âmbito nacional, porém ainda eram estruturas

[31] A título de evidência, um trecho do Ministro Capanema (1934-1945): “à saúde pública não interessa o caso individual, seja um caso de doença, seja qualquer outra situação especial relativa à saúde ou ao corpo. O caso individual só interessa à saúde pública se puder afetar a coletividade, se for capaz de pôr a coletividade em perigo. Fora disso, dele não se ocupará a saúde pública (Arquivo Gustavo Capanema, FGV/CPDOC, GC.34.06.2..F Pasta VI apud Hochman, 2005, p.).

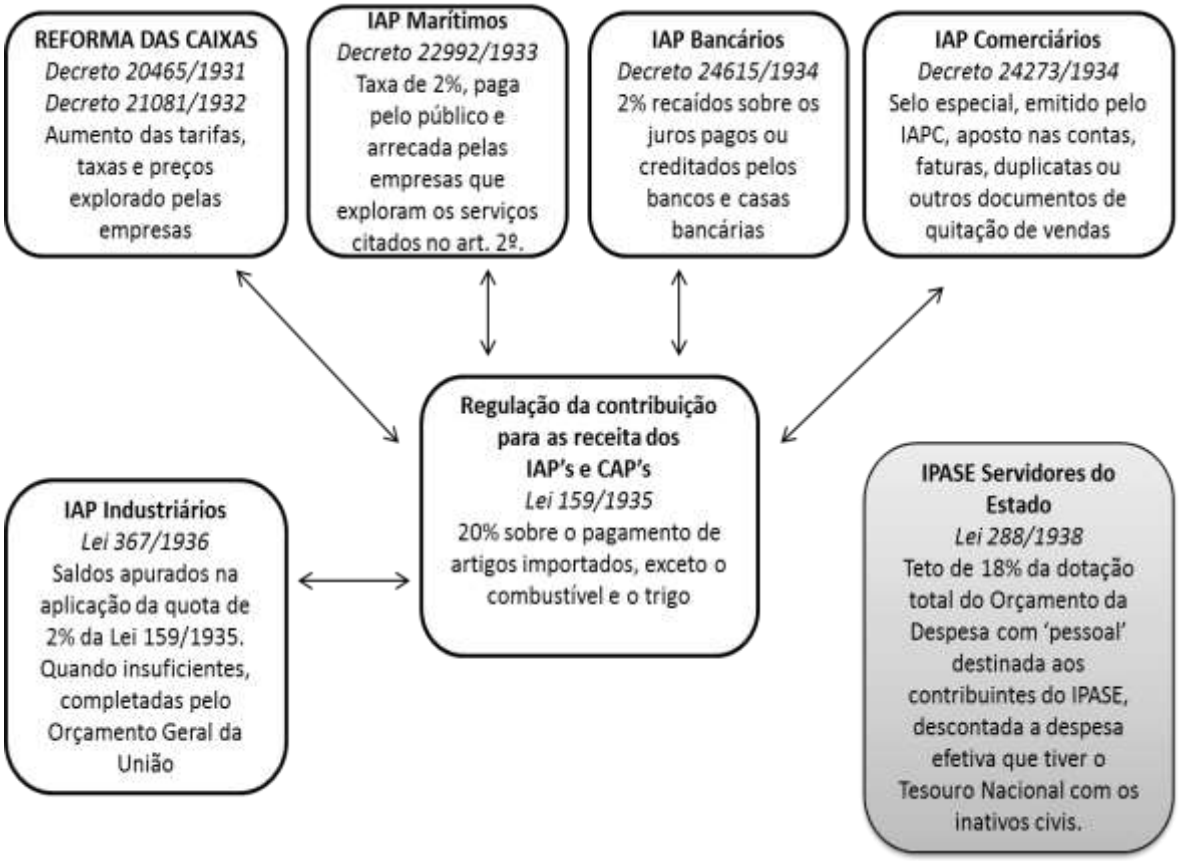
desintegradas, cada qual com legislação própria[32]. As receitas estavam associadas à produção de cada instituição, e não à composição de impostos gerais, como esperado em políticas redistributivas. Os recursos que compunham a contribuição da União para formar o que se convencionou chamar de *quota previdenciária* eram arrecadados por diferentes fontes e variavam conforme o tipo de Caixa ou Instituto. Cada fonte de financiamento incidia nos custos da previdência aos consumidores, de modos diversificados, sob a forma de aumento dos preços dos produtos e serviços (BRAGA E PAULA, 1981).

De forma mais detalhada, o governo Vargas introduziu uma fonte comum de recursos para algumas Caixas e Institutos preexistentes, por meio da Lei nº 159/1935 (uma taxa de 2% sobre os artigos importados). Isso não invalidou as legislações preexistentes, indicando a extração de recursos de fontes diferenciadas para cada instituição previdenciária. Ou seja, o Estado criou uma lógica de financiamento segmentada, discernindo sua contribuição conforme a produção de cada categoria profissional ou empresa. Para a previdência e assistência dos servidores do Estado criou-se, em 1938, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE)[33]. Nesse caso, o Governo Federal assumiu que sua contribuição não passaria de 18% das despesas dos serviços providos por essa instituição, excluindo os gastos com os inativos, porém fincou essa responsabilidade no orçamento da União. A divisão dos trabalhadores não se dava apenas por se encontrarem em unidades funcionais distintas, mas também pela discrepância do tratamento do Estado, exposta pela sua disposição contributiva, em relação a cada categoria ocupacional. Essa era uma das formas de manter as especificidades de acordo com o jogo de inserções de atores no processo político (MALLOY, 1986), conforme a figura abaixo busca representar.

[32] Para citar algumas, em 1933, o Decreto nº 22.872 instituiu o IAPM, destinado aos trabalhadores Marítimos. Em 1934, o Decreto nº 24.273 e o Decreto nº 24.615 criaram o IAPC e o IAPB, respectivamente, destinados aos comerciários e bancários. Em 1936, o IAPI, instituto dos industriários que se mostrou mais influente no jogo político, foi criado pela Lei nº 367. Após dois anos, o IPASE e o IAPETEC, o primeiro destinado aos Servidores do Estado e o segundo aos empregados em Transporte e Cargas, surgiram por meio do Decreto-Lei nº 288/1938 e do Decreto-Lei 651/1938. O instituto dos estivadores foi decretado em 1939, por intermédio do Decreto-Lei nº 1.355.

[33] O IPASE definiu duas categorias de servidores do Estado contribuintes: os obrigatórios e os facultativos. Os primeiros eram os funcionários civis efetivos, interinos, ou em comissão; os extranumerários que executem serviços de natureza permanente; e os empregados do próprio Instituto (Art. 3º). Os facultativos seriam aqueles que exercem função pública ou civil ou militar, federal, estadual, ou municipal, inclusive os membros do Poder Legislativo e do Executivo (Art. 4º).

Figura 4 - Regulamentação de Caixas e Institutos e a definição das fontes de recursos para a Quota previdenciária



Fonte: elaboração própria.

Em relação às despesas, o governo deu relevância às concepções que rompiam com certa generosidade orçamentária do sistema das Caixas em relação aos benefícios básicos do sistema. Para isso, a tecnocracia previdenciária em ascensão teve importante papel[34], dado que se inclinava a uma racionalidade sustentada na noção de eficiência das políticas governamentais. Isso se convertia em uma expressiva preocupação com o elevado gasto por segurado e com o crescimento acelerado no número de beneficiados pelos Institutos. As ideias defendidas eram a da acumulação de reservas financeiras em detrimento da restrição da prestação de serviços (OLIVEIRA E TEXEIRA, 1989; MALLOY, 1986). Com argumentos técnicos que iam ao encontro dos propósitos dos governantes, os especialistas defenderam que a previdência deveria concentrar-se na concessão de benefícios pecuniários e não de serviços de saúde e assistência social.

[34] Este estamento burocrático foi formado principalmente pela classe média urbana, beneficiada tanto pela nova fonte de emprego público, quanto pelo benefício incorporado e garantido pelos Institutos.

O Decreto nº 20.465, de 1931,[35] firmou diferenciações na importância entre os benefícios da previdência quando desobrigou as Caixas de ofertarem assistência médico-hospitalar, além de ter determinado constrangimentos aos gastos com saúde. Pormenorizando, o Art.23 desse decreto afirmou que os associados, contribuintes com as receitas das Caixas, teriam direito à aposentadoria para si e à pensão para os membros de suas famílias. No parágrafo único desse mesmo artigo, os serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos, foram definidos como um direito do assegurado somente enquanto não houvesse legislação especial relativa a essas formas de assistência social. Além disso, as despesas com saúde não deveriam ultrapassar mais de 8% da sua receita anual total, apurada no exercício anterior, e sujeita à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho. O teor intrépido dessa norma foi revisto quatro meses depois, quando o governo reconheceu, por meio do Decreto nº 21.081/1932, a rigidez do decreto anterior e aumentou a quota orçamentária para 10% com serviços médicos e hospitalares. Porém, o sucedido não deixou de apontar para a predisposição em conter as despesas com saúde[36].

Com o estabelecimento dos Institutos, persistiu a restrição orçamentária e a arbitrariedade em relação à assistência à saúde, com reforço de um regime de capitalização[37] (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989). Por exemplo, o Art. 38, do Decreto nº 22.872/1933, que instituiu o primeiro Instituto – o dos Marítimos – determinou ser facultativo, mediante aprovação prévia do Conselho Nacional do Trabalho, realizar acordos e firmar contratos para execução dos serviços médicos, farmacêuticos e hospitalares, ou para instalação de ambulatórios. Tal disposição variou pouco nas regulamentações dos demais IAP, mas, de um modo ou de outro, elas confirmaram a decisão da assistência médica, cirúrgica e hospitalar tornar-se uma função secundária das instituições previdenciárias, algo distinto ao que se anunciava nos anos 1920.

[35] Essa medida é conhecida por ter estendido o Regime da Lei Elói Chaves para os empregados de serviços públicos concedidos ou explorados pelo Poder Público e por ter criado regras que se conjugaram para uma reforma na legislação das Caixas de Aposentadorias e Pensões.

[36] O Decreto nº 22.016/1932, por exemplo, ratificou a orientação de não transpor o teto de despesas em relação à saúde e acrescentou mecanismos de controle, como definição de tempo de internação.

[37] "O modelo de capitalização ou seguro social funciona na base da constituição de reservas financeiras, que são investidas, de modo a defender que o seu valor dos desgastes inflacionários, ou mesmo crescer em termos reais" (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989 p.141)

Afora não ser disposta sua organização por empresa, uma importante inovação daquele período foi ter-se definido que as contribuições da União, do empregador e do empregado deveriam se dar por igual para a constituição dos fundos previdenciários. Se tomados dados oficiais, de 1936 a 1951 (anuários do IBGE), a contribuição tripartite na composição das receitas estatutárias dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões é realmente disposta[38]. Porém, autores alegam que o governo e os empregadores eram bastante irregulares na execução de suas atribuições orçamentárias (BRAGA E PAULA, 1981; OLIVERIA E TEIXEIRA, 1989; OLIVEIRA et al., 1999). Segundo eles, o Governo Federal queixava-se da cotização estatal, considerando-a impossível de ser efetivada em razão de a fonte definida para esse fim (taxação e serviços) ser insuficiente, acrecido de dificuldades em estabelecer outros recursos; os empregadores, por seu lado, também criavam meios de evitar os repasses que lhes cabiam. O fato é que, ao passar dos anos, a dívida acumulada do governo federal e dos empregadores parece ter deixado os IAP em situações de escassez significativa de recursos. Na prática, os empregados eram quem mais contribuía para o financiamento dos Institutos[39] (MALLOY, 1986; BRAGA E PAULA, 1981; OLIVERIA E TEIXEIRA, 1989; COHN, 1991; OLIVEIRA et al., 1999).

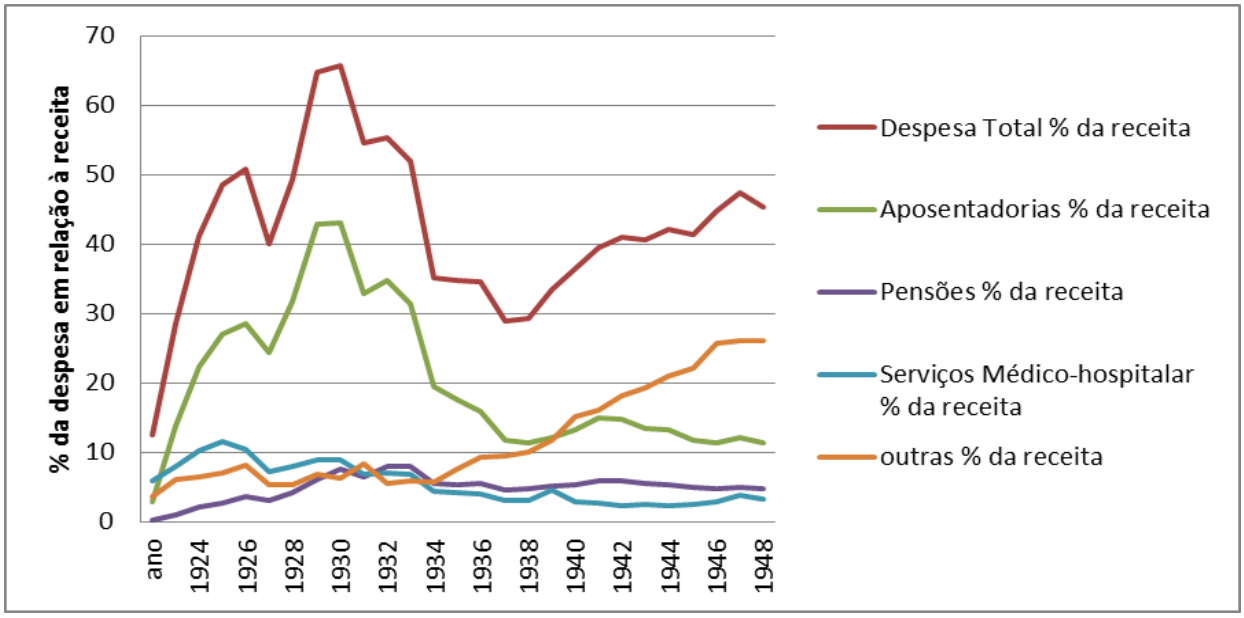
É verdade que a queda das despesas com saúde antecede as mudanças da década de 1930, bem como que, ao longo do período de 1923 a 1949, houve um expressivo aumento dos valores reais em assistência médico-hospitalar, com exceção dos anos de 1940 a 1943. Entretanto, em relação à receita total e à despesa total, o gasto previdenciário com assistência à saúde foi habitualmente decrescente. Para oferecer uma noção, entre 1923 e 1933, a relação entre a despesa com assistência médico-hospitalar e a despesa total das Caixas caiu de 47,1% para 12,8%. Entre 1933, ano de inauguração do primeiro IAP, e 1946, essa relação tombou um pouco mais, ao ponto da assistência médico-hospitalar

[38] Os dados de 1951 constam no Anuário Estatístico do Brasil de 1953. Após essa data, não há nenhuma especificação das receitas por segurados, empregadores e da União, como até então era observado nas informações divulgadas relativas ao balanço financeiro dos institutos e caixas de aposentadoria e pensões. Como veremos no decorrer do capítulo, isso não será permanente e tornar-se-á uma das razões para uma crise fiscal.

[39] Oliveira et al. (1999) também consideram a inflação e o empreguismo como um dos fatores de dificuldades financeiras dos Institutos. No primeiro caso, revela-se que os processos inflacionários geravam uma série de reajustes de salários e, consequentemente, aumento das despesas dos Institutos sem a devida cobertura no plano das contribuições. No segundo, é dito que os IAP's eram usados como instrumentos de política partidária, que implicava num aumento excessivo de despesas administrativas.

representar apenas 5,8% da despesa total da Previdência Social. Em termos absolutos, os gastos com saúde foram crescentes, mas a assistência médica e hospitalar teve um gasto expressivamente decrescente em relação à despesa total e à receita total de 1930 até a década de 1950. A prioridade de preservar o patrimônio financeiro para arcar com compromissos futuros com as áreas ditas tradicionais da previdência (aposentadoria e pensões) repercutiu na quantidade e qualidade da assistência à saúde[40] (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989).

Gráfico 1 - Evolução do tipo de despesa com serviços médico-hospitalares em relação à receita total da Previdência Social (1923-1949)



Fonte: Elaboração própria baseada em dados apresentados por Oliveira e Teixeira, 1989.

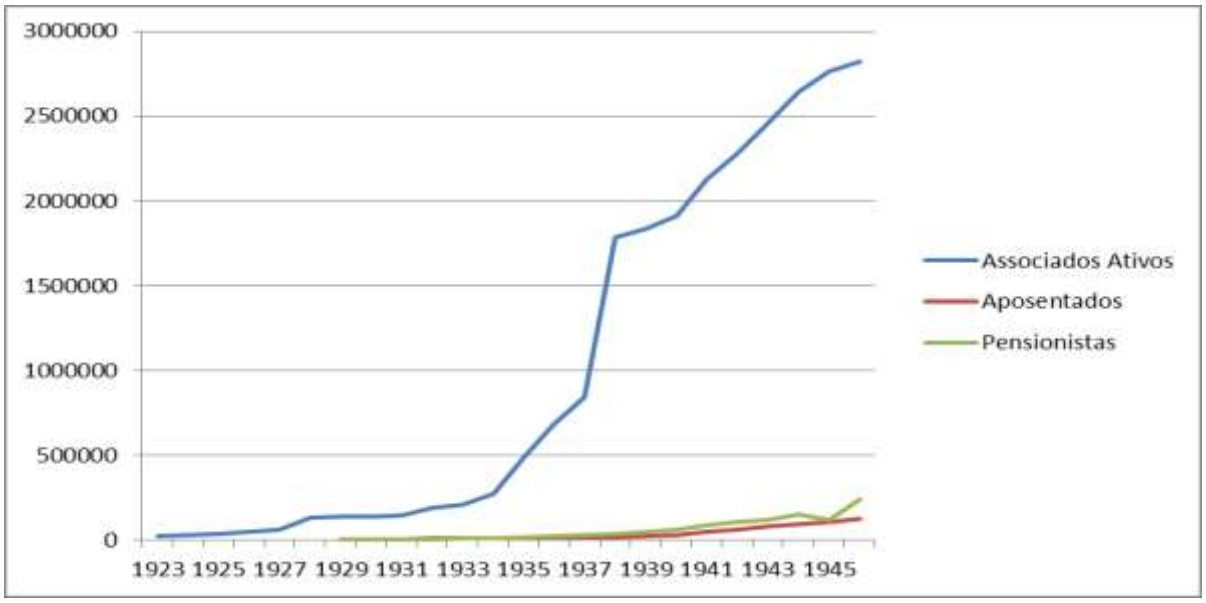
[40] De acordo com Braga e Paula (1981), esse comportamento na evolução no gasto é clássico no desenvolvimento de seguros sociais. Sendo um momento de composição do sistema, não haveria motivos pelos quais esperar que a assistência médica, ou qualquer outro tipo de despesa, devesse crescer em igual velocidade da proporção do número de associados, por conseguinte, da receita. Além do que, os custos com assistência médica teriam disparado no mundo apenas a partir da década de 1950, quando apareceram novas tecnologias diagnósticas, de intervenção e farmacêuticas. Mas, ainda assim, a perda de posição da assistência médico-hospitalar, em relação à despesa global, com certa constância ao longo do tempo, ainda pode ser interpretada como uma redução na importância da medicina previdenciária. Concordando com Oliveira e Teixeira (1989), tanto as legislações do período, quanto a evolução dos gastos com saúde não podem ser entendidos apenas como um fenômeno natural de expansão de cobertura, pois eles corroboram uma concepção de contenção das despesas e priorização de atribuições tradicionais das instituições previdenciárias (aposentadorias e pensões), predominante dentro da própria burocracia estatal e do governo, entre 1930 e 1945.

No já citado Decreto nº 22.016 de 1932, definiu-se que o socorro hospitalar e os exames complementares deveriam ser ofertados, em grande medida, por estabelecimentos privados, com contratação mediante o mecanismo de concorrência pública. Tal condição concedeu aos prestadores de serviços uma entrada vigorosa no setor, considerada a garantia perene e promissora de um comprador de serviços que não tinha muito como conter as reivindicações dos sindicatos por garantias da assistência médica, o rápido crescimento no número de beneficiários da previdência e o aumento dos custos do setor. Nessa direção, o que se convencionou como prática das remanescentes Caixas e dos recém-criados Institutos foi ser a atenção ambulatorial prestada por serviços próprios, enquanto a atenção hospitalar e especializada ficar no domínio do mercado (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989)[41]. Nota-se, ainda, que as instruções tendiam a encorajar a contratação de serviços privados em aspectos assistenciais específicos, criando uma partilha de responsabilidades assistenciais, na qual a assistência privada ficou encarregada de prestar serviços que requeressem um maior aporte de recursos e tecnologias, mas na qual também se instalou a face mais lucrativa do setor.

Apesar da extensão impetuosa da cobertura assistencial aos trabalhadores, por meio das políticas previdenciárias, essa se deu limitada, expandindo-se apenas progressivamente, na medida em que o projeto desenvolvimentista foi se mostrando inviável sem algum tipo de ação governamental efetiva no campo da assistência à saúde. Como representado na figura abaixo, inicialmente, os associados ativos das Caixas de Aposentadoria e Pensões eram apenas 22.991. Ao longo da década de 1920, esse número cresceu exponencialmente, ampliando-se para 189.482 beneficiários em 1932. Nesse intervalo, o número de Caixas multiplicou cerca de seis vezes (de 24 em 1923 para 140 em 1932). Tal crescimento acelerou-se após a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões.

[41] Em 1946, havia 973 estabelecimentos de assistência médico-sanitária nas capitais do Brasil, 544 dos quais eram mantidos por unidades mantenedoras particulares (55,9%).

Gráfico 2 - Evolução do número de associados dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões por tipo de vínculo (1923-1946).



Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1953. IBGE.

Esse sucesso transveste-se num fiasco quando o parâmetro é o total de brasileiros sem cobertura assistencial. Em 1946, quando a estimativa demográfica ultrapassava os quarenta milhões de residentes, o número de pessoas beneficiadas pelo sistema de previdência social era de apenas 2.824.409. Essencialmente, os trabalhadores rurais, os profissionais autônomos, os domésticos, lojistas, vendedores, desempregados ou qualquer outra atividade laboral sem vínculo trabalhista formal não estavam incluídos na política governamental de seguridade, o que aponta para a limitação da proposta. Em termos de cobertura, a maior parte da população ainda mantinha-se submetida à caridade ou ao pagamento privado por assistência médico-hospitalar. Orientada pela capacidade contributiva e pelo tipo de inserção do indivíduo no mercado de trabalho, a estratificação dos direitos trabalhistas associou-se às diferentes capacidades de barganha entre as categorias no que diz respeito aos tipos e qualidades dos benefícios (HOCHMAN, 1987). Assim, apesar de expressivo aumento no número de beneficiários da previdência nos anos anteriores, a cobertura assistencial ainda era pequena em relação à totalidade da população brasileira.

Nesse contexto de fortalecimento da participação do Estado na organização e no financiamento de políticas assistenciais de saúde para os

trabalhadores, emergiram as primeiras empresas de planos e seguros de saúde. De forma muito similar às Caixas e com o fundamento de que as empresas estatais, multinacionais e mesmo instituições públicas deveriam assumir para si a administração de serviços complementares à proposta da previdência para seus funcionários ativos e dependentes, bem como aposentados, criaram-se as primeiras empresas que viriam a conformar o que hoje se chama *autogestão*. Em destaque, a empresa Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), criada em 1944, e a Assistência Patronal dos Servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários, nascida em 1945 (atual Fundação de Seguridade Social – GEAP) foram criadas para públicos específicos, legalmente sem foco no lucro, mas com lógica de organização semelhante às operadoras que surgiram em momentos posteriores, orientadas manifestamente para o mercado (MENICUCCI, 2007).

A autogestão sobreviverá ao longo do tempo, sendo a única modalidade de planos e privados de saúde de raiz mutualista, cujo o risco financeiro relacionado à utilização de serviços médico-hospitalares é assumido pelas próprias empresas patrocinadoras, sejam elas públicas ou privadas, com a coparticipação dos empregados e/ou mesmo do Estado (BAHIA, 1999). Nascida na década de 1940, essa modalidade está estreitamente relacionada à criação de modelos fechados de assistência médica, organizados a partir de certas categorias profissionais, destacando-se os bancários e os servidores públicos, e da atuação das próprias empresas empregadoras, notadamente as estatais e multinacionais. Nesses casos, as empresas capitaneiam uma assistência predominantemente homogênea para todos os participantes, utilizando-se de recursos oriundos de contribuições dos trabalhadores, proporcional às remunerações, e/ou do próprio empregador. Nesses casos, a assistência médico-hospitalar é prestada por serviços próprios ou por uma rede credenciada, como é comum nas demais modalidades, exceto as seguradoras que não tendem a investir em rede própria[42].

[42] Atualmente, a entidade representante das empresas de autogestão é a União Nacional das Instituições de Autogestão (UNIDAS), criada a partir da fusão da Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE) e Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS).

4.1.3 O estabelecimento de novas ideias

Após a destituição de Vargas, iniciou-se um período de democracia formal que se estendeu até o Golpe Militar de 1964. Nesses anos, houve o aumento da mobilização política, especialmente em áreas urbanas, e da competição eleitoral. Ainda em abril de 1945, dando início à primeira experiência multipartidária do país, três partidos puseram-se em destaque. Pela via conservadora, estabeleceu-se a União Democrática Nacional (UDN), que, de início, havia conseguido congregar grupos à esquerda e à direita, em função da oposição ao Estado Novo e à liderança de Vargas. Por uma rota mais à esquerda, havia o Partido Social Democrático (PSD), alicerçado nas oligarquias rurais, e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), oriundo de forças trabalhistas urbanas, no qual Vargas se enleou (MELO, 2007). Porém, as transformações que se possam identificar na República Populista (1945-1964), como o deslocamento da arena decisória do Executivo para o Legislativo e a incorporação irreversível da dimensão político-partidária na definição das políticas sociais, não representaram alterações substantivas nas políticas sociais (MALLOY, 1986).

Embora seja um cenário de maior ebulição democrática, esse momento é relevante muito mais pela geração e difusão de ideias do que por qualquer alteração substantiva nas políticas de proteção social. Para melhor entender, uma elite especializada havia começado, desde Vargas, a difundir novas concepções de proteção social, indo de encontro à estrutura estabelecida dos seguros sociais. Sem menosprezar a tradição corporativa e conservadora, esses atores operaram como agentes de aprendizagem institucional e de inovação, a partir do esforço de sistematizar e singularizar as experiências internacionais nas políticas sociais brasileiras (HOCHMAN, 1987). Quatro eram os principais aspectos defendidos por essa tecnocracia: a) a universalização dos benefícios para todos os cidadãos, com total cobertura para a assistência médica; b) a padronização das contribuições e dos benefícios; c) a unificação administrativa dos recursos previdenciários; d) o financiamento do sistema de acordo com o princípio de solidariedade social, cuja implicação maior assentava em uma redistribuição de renda bastante avultada. Uma estratégia muito utilizada foi mobilizar o apoio da elite, por meio de artigos, livros e relatórios a um público restrito, porém influente na tomada de decisão, como atores do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) e Fundação Getúlio

Vargas (MALLOY, 1986), bem como buscar alterar as regras que orientavam o sistema previdenciário. O problema, entretanto, era que "o plano refletia uma convergência, nas altas esferas, de valores, interesses e objetivos de uma emergente elite tecnocrática e do executivo: o plano não partiu dos principais interesses sociais que iria afetar" (MALLOY, 1986, p.90).

A criação de um Instituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB) foi uma primeira tentativa de alteração global da previdência. Vargas chegou a expressar o apoio à proposta, por meio do Decreto-Lei 7526/45, mas essa regra caiu juntamente com o presidente. Nos anos seguintes, exatamente em 1946 e 1947, foram dezesseis projetos que se ocupavam com a questão da previdência, quase todos barrados no Congresso Nacional. Nem mesmo o projeto de Lei Orgânica, apresentado por Aluísio Alves, deputado federal da União Democrática Nacional (UDN), alcançou êxito, pois não teve o apoio do Executivo, nem do Legislativo[43]. Uma explicação para isso está no fato de que a proposta de mudança nutrida pelo princípio de solidariedade social indicava a necessidade de algum tipo de redistribuição, de unificação de benefícios e de fortalecimento do poder público, o que passou a incomodar grupos que eram motivados pelos interesses de manter maior poder político, salvaguardar benefícios e/ou garantir mercado para o negócio dos seguros privados. Ou seja, as ideias da tecnocracia mostravam-se em permanente desalinho com alguns atores relevantes da época, como técnicos dos Institutos e Caixas, especialmente do IAPI, cuja abrangência de segurados correspondia à metade do total; profissionais com maiores benefícios no sistema previdenciário em termos de financiamento, benefícios e serviços, como os bancários, ferroviários, servidores públicos e trabalhadores marítimos; lideranças políticas e sindicais (MALLOY, 1986; OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989).

Somente quando a posição financeira dos Institutos havia atingido aspectos de crise, com subsequente insatisfação trabalhista e repercussão na mídia, uma reforma foi possível. Isso se somou a um papel ativo do presidente Juscelino

[43] O presidente Eurico Dutra (1946-1951), eleito pelo Partido Social Democrático (PSD) em coligação com o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), não oferecia simpatia por mudanças no sentido da universalização, aliás, o mesmo acabava mais afeito à ideia de que as melhorias nos benefícios e serviços apenas seriam possíveis com recursos dos próprios segurados. Por sinal, nessa direção, a Carta de 1946, em seu Art. 157, alterou a obrigatoriedade de uma equivalência de contribuições entre União, empregador e empregado, de modo a validar o que já vinha ocorrendo na prática (VAINER, 2010).

Kubitschek, que, em 1956, criou uma comissão legislativa, composta por representantes da tecnocracia previdenciária, para apreciar os projetos de leis acumulados ao longo de quase dez anos. O produto foi a Lei 3807/60, viável após várias negociações que acomodaram as demandas de grupos dentro dos partidos da situação (PTB e PSD) e da oposição (UDN) às visões dos tecnocratas reformistas. Em súmula, das ideias que orientavam esses últimos apenas uma foi alcançada: a padronização das contribuições e benefícios ou excluída a noção de unificação e universalização (MALLOY, 1986).

Quanto à assistência à saúde, importante notar que a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em sua primeira versão, criou vários condicionamentos à "assistência médica", basicamente relacionada aos recursos financeiros, condições locais e contribuições:

> Art. 45. A assistência médica proporcionará assistência clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica aos beneficiários, em ambulatório, hospital, sanatório, ou domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem e na conformidade do que estabelecerem esta lei e o seu regulamento (LOPS, 1960).

Quando essa Lei foi sancionada, em 1960, já funcionavam 42 grandes hospitais e Postos de Atendimentos Médicos (PAM), administrados pelos IAP. Posteriormente, houve um acréscimo nos serviços diretamente administrados pelos municípios e estados, em geral de pequeno porte, e os administrados pelo Ministério da Saúde, com ênfase em instituições asilares.

Embora a Lei nº 1920/53 tenha criado o Ministério da Saúde em 1953, em decorrência do desdobramento do Ministério da Educação e Saúde, esse novo Ministério mantinha a mesma estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde e a ênfase na prevenção e assistência às doenças da coletividade, sem alterar as estruturas corporativas ancoradas nas políticas preventivas que acumulavam a maior responsabilidade de atender às demandas dos trabalhadores por assistência à saúde. (COELHO, 2016). Se, por um lado, ideias de mudança eram difundidas nas antessalas do Estado, por outro, ainda estava em voga o interesse de fortalecer a perspectiva dos seguros sociais, de manter a dualidade entre saúde pública e assistência, tão bem expressa na divisão de responsabilidades entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência.

4.1.4 O fortalecimento do setor privado

Na primeira metade da década de 1960, havia um intenso debate acerca de “reformas de base”: agrária (com extensão da CLT ao trabalho rural), urbana, industrial, tributária e outras, além da ampliação do comércio externo aos demais continentes. Nasciam também reflexões sobre uma reforma profunda na estrutura sanitária do país, com a fixação de uma Política Nacional de Saúde, bem expressa nos anais da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963 (SANTOS, 2017). Naquele momento, já se falava em fortalecimento da rede pública e em descentralização da execução das ações básicas de saúde, bem como na criação de estratégias para integrar a estrutura sanitária do país, particularmente articulando as atividades das três esferas de gestão (BRASIL, 1992). Porém, tais ideias foram facilmente abortadas nas duas décadas seguintes, quando o Estado passou a utilizar boa parte dos recursos públicos, compostos principalmente pela contribuição compulsória dos previdenciários, para fomentar o setor privado.

O Golpe Militar, ocorrido em 1964, instituiu um novo regime autoritário no país, capitaneado pelas Forças Armadas e com o apoio das elites econômicas nacionais. Guiado por doutrinas de desenvolvimento e de segurança nacional, novas regras do jogo político foram definidas. Alteraram-se profundamente o funcionamento dos partidos e as regras eleitorais. Extinguiram-se os partidos vigentes e criaram-se duas “organizações provisórias”: a Aliança Renovadora Nacional (ARENA), que juntou os parlamentares da UDN com os setores conservadores do PSD, e que assumiu a função de dar sustentáculo ao regime militar, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), que abrigou os opositores ao governo. Tal sistema bipartidário mostrou-se útil ao regime militar, pelo menos até meados dos anos 1970, ao dar-lhe certa credibilidade e descompressão social (MELO, 2007; MENEGUELLO, 1989).

Sem os constrangimentos de uma democracia, o Estado ampliou sua face intervencionista na dinâmica social, de impulsionador do desenvolvimento, porém à custa da contenção do movimento trabalhista. Na arena das políticas sociais, estabeleceu-se um rearranjo de forças que priorizou as ideias e os interesses da tecnocracia civil e dos agentes privados, em consonância com o que O’Donnell (2011) nominou de sistema burocrático-autoritário. A “tecnocracia apolítica” da

previdência social, atuante desde Vargas, acomodou-se com a política geral de cooptação de grupos relevantes e a exclusão do movimento trabalhista. Esses últimos possuíam suas forças fragilizadas mediante a explosão das estruturas de representação corporativistas elaboradas nas décadas de 1930 e 1940, e a própria repressão política que caracterizou o período. Ou seja, no rearranjo de forças, os governos militares estimularam o aparato administrativo burocrático e estabeleceram os meios de crescimento do mercado.

Tais mudanças na conjuntura expressaram os seus efeitos na política de proteção social, ficando nítida a opção governamental de ampliação da cobertura assistencial médico-hospitalar por meio da articulação com o setor privado. Logo se imprimiram mudanças nas políticas previdenciárias, algumas delas indo ao encontro da ideia de unificação administrativa e padronizações dos benefícios. Em destaque, o Decreto-Lei nº 72, de 1966, unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões sob a denominação de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)[44], no sentido de constituir órgão de administração indireta da União, com personalidade jurídica de natureza autárquica para administrar a prestação de benefícios aos segurados e seus dependentes. Tal alteração colaborou com a supressão do poder dos sindicatos de trabalhadores, abolindo a perspectiva de representação de classe no âmbito da previdência e ampliando o aumento da intervenção do Estado, o qual começou a aperfeiçoaras condições propícias aos investimentos e negócios privados na prestação de serviços sociais.

De imediato, o INPS não ampliou a cobertura assistencial, o que foi sendo feito apenas progressivamente. Por muito tempo, o INPS manteve-se voltado para os trabalhadores urbanos formalmente inseridos. Apenas os benefícios foram estendidos para empregadas (os) domésticas (os) e trabalhadoras (es) autônomos em 1972 e 1973, respectivamente. Para os trabalhadores rurais, foram pensados benefícios muito mais modestos, que variavam conforme as possibilidades dos montantes de recursos do FUNRURAL[45], administrados por sindicados autorizados do setor. Esses se responsabilizavam por contratar clínicas e hospitais privados, ou

[44] Em 1966, também se criou o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Na reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, o Ministério da Saúde, em funcionamento desde 1953, tornou-se formalmente responsável pela formulação da política de saúde, apesar de ainda mostrar-se à margem das decisões e gestão da assistência à Saúde.

[45] A Lei Complementar nº11 de 1971 instituiu o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), o qual seria executado pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) como uma autarquia diretamente subordinado ao Ministro do Trabalho e Previdência Social.

pela instalação e manutenção de serviços próprios. Comumente, a atenção para os trabalhadores rurais contava com uma limitada assistência médica, em virtude do entendimento de que a distribuição de serviços e benefícios deveria estar rigorosamente associada à renda real do Fundo, criado especificamente para as demandas sociais das famílias do campo, mesmo que elas representassem mais de 40% da população. Em outra via, os militares, os servidores públicos federais e estaduais permaneceram com uma assistência diferenciada garantida por empresas estatais específicas para a administração e oferta de serviços de saúde – as já citadas autogestões.

Por meio da Lei 6439/1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) com a finalidade de integrar as funções atribuídas às entidades de proteção coordenadas e controladas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), dentre as quais a de concessão e manutenção de benefícios, e prestação de serviços; o de custeio de atividades e programas; e a gestão administrativa, financeira e patrimonial. Nessa ocasião, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela prestação de assistência médica, que seria devida a cada categoria de beneficiários na forma das respectivas legislações e com a amplitude que as condições locais e os recursos próprios permitissem. Interessante observar que era permitido que o Executivo instituísse formas de participação direta dos beneficiários, em função do seu nível de renda, no custeio dos serviços médicos que utilizassem e dos medicamentos que lhes fossem fornecidos em ambulatórios. Naquelas circunstâncias, o Ministério da Saúde continuava a enfatizar a prevenção de doenças e a assistência às doenças da coletividade.

As receitas que compunham o orçamento do SINPAS eram constituídas, em especial, por contribuições da União que se destinavam ao Fundo de Liquidez da Previdência Social (FLPS), um conjunto de taxação indireta e demais receitas das entidades de previdência e assistência social integrantes do Sistema[46]. A partir do SINPAS, o custo com pessoal, as insuficiências financeiras e as pensões e aposentadorias do funcionalismo federal (Encargos Previdenciários da União-EPU), deveriam ser financiadas por recursos fiscais, o que caracterizaria a contribuição da União. Contudo, o governo federal sempre tendeu a desrespeitar as indicações

[46] A maioria das cotizações de empregados e empregadores era da ordem de 8% sobre o salário.

legais (MARQUES E MENDES, 2005). O financiamento continuou tripartite (União, empregados e empregadores), com a maioria das cotizações de empregados e empregadores na ordem de 8%.

Num contexto em que havia decaído a importância das medidas de saúde pública, e crescido o valor dado aos produtos do desenvolvimento tecnológico e especialização da medicina, algo que impreterivelmente aumentava os custos com assistência à saúde, a burocracia estatal tendeu a destinar o montante dos recursos arrecadados, os quais eram crescentes, para as ações de caráter assistencial.

É verdade que havia a intenção de ampliação da cobertura assistencial, mas isso estava fortemente atrelado à escolha governamental de estabelecer parcerias com o setor privado (filantrópico ou lucrativo), em detrimento do investimento em serviços estatais (COELHO, 2016; MENICUCCI, 2007). O Plano Nacional de Saúde, elaborado em 1968, por exemplo, determinou que as atividades de assistência médica deveriam ser primordialmente privadas, enquanto o Poder Público devesse manter-se estimulando, coordenando e custeando parcialmente a atenção à saúde.

O entrelaçamento entre Estado e mercado marcou o período. Tanto os recursos previdenciários esvaziavam-se para as grandes obras do Estado desenvolvimentista dos militares (Rodovia Transamazônica, Ponte Rio-Niterói, Usina Itaipu, usina nuclear, indústria bélica e outras), o que potencializou o desenvolvimento de grandes empreiteiras que se apropriaram de tecnologia nessa área, empresas satélites e o grande capital (SANTOS, 2017), quanto optava-se pela compra de serviços aos prestadores privados para a oferta da assistência aos assegurados, via contratação ou convênios com os estabelecimentos privados; pela oferta de subsídios financeiros para a edificação e custeio de hospitais de caráter privado; e pelo fato da concordância, e mesmo subsídios, para que empresas privadas ou estatais pudessem criar os seus próprios meios de ofertar assistência médica e hospitalar para os empregados e dependentes, o que significava uma desobrigação em cotizar com a previdência social (LUZ, 2014).

Para a ampliação da cobertura, houve a expansão tanto de serviços estatais, quanto do setor privado. Diferentemente da orientação radicalmente contencionista do período dos Institutos, houve um investimento massivo em unidades estatais, nunca visto até então. O setor público previdenciário aproveitou

as unidades ambulatoriais antes administradas pelos IAP, bem como criou postos de assistência médica. Foi nesse período que se criaram os bem equipados e especializados hospitais de grande porte da previdência. Entretanto, mediante a rápida industrialização e urbanização que ampliava sobremaneira as demandas por assistência à saúde, bem como pela alta permeabilidade do Estado aos interesses de setores privados, o governo, respaldado pela tecnocracia estatal, alegou que seria impossível ampliar a cobertura apenas por meio de estabelecimentos próprios. Com este pensamento, escolheu-se credenciar ao INPS a rede de serviços privados, especialmente para atender à demanda por internação e procedimentos hospitalares. A consequência dessa decisão foi o crescimento substantivo de entidades privadas contratadas, especialmente no âmbito hospitalar, cuja importância era patente, dada a predominância da lógica favorável às práticas médicas curativas, individuais e assistencialistas (DONANGELO, 2008; LUZ, 2014; MÉDICI; 1992; OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986).

Nessa direção, estabeleceu-se o Plano de Pronta Ação (PPA), publicado na Portaria nº39, de 1974. Os objetivos dele eram universalizar a urgência e a emergência para toda a população e ampliar o acesso a consultas médico-ambulatoriais para os previdenciários, bem como prover o maior número possível de modalidades assistenciais, com a finalidade de permitir facilidades no INAMPS para ampliar o campo de aplicação do sistema (AGUIAR, 1979). Esse Plano acabou por modificar a relação de compra entre a Previdência Social e seus prestadores, ao instituir o pagamento por serviços prestados ou convênio por subsídio fixo com o setor filantrópico e público (COSTA, 1996), em grande medida, para escoar a demanda excessiva do setor contratado, sem alterar a hegemonia do mesmo (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986). Além de ter sido amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas[47], o PPA aguçou o campo de disputa entre os próprios setores empresariais (ESCOREL, 1999).

Outro importante dispositivo foi o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), disposto na Lei 6.168/74, no qual 79,5% dos recursos disponíveis para a saúde foram endereçados aos hospitais privados, com um número exorbitante de internações desnecessárias, de modo a facilitar a constituição de um complexo médico-industrial capaz de propiciar elevada lucratividade para as grandes

[47] Em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de seiscentas mil internações desnecessárias (ESCOREL, 1999)

empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos, as quais se mostravam em plena inovação tecnológica (ESCOREL, 1999). Além de oferecer um mercado cativo aos prestadores privados, por meio dos segurados da previdência, o Estado começou a incentivar que as empresas se organizassem para prestar a assistência a seus empregados. Em geral, fomentavam-se dois movimentos: o de universalização da saúde e o de busca por alternativas assistenciais privadas.

Nesse ponto, é importante anotar o surgimento e fortalecimento de outras modalidades de comercialização de assistência médico-hospitalar. Em princípio, para atender os trabalhadores do ABC paulista, na década de 1960, as primeiras empresas nomeadas como medicina de grupo surgiram no cenário do país (PEREIRA FILHO, 1999). Essas empresas eram frutos de transformações nas relações de trabalho, que começaram a elevar a importância do cuidado à saúde dos trabalhadores como forma de garantir produtividade, bem como fruto de mudanças na prática medicina (BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2007). De acordo com Luz (2014), a *medicina de grupo* representa a medicina empresarial que observa todas as regras da produção industrial capitalista: a mão-de-obra assalariada, a produtividade ascendente, a produção em série para consumo de massa, a mais valia extraída a todo preço de sua mão-de-obra. Nem todos os arranjos para a formação de medicinas de grupo possuíam base hospitalar, sendo comuns também combinações com as unidades filantrópicas, algumas inclusive se designando como não lucrativas.

Na década de 1970, além da medicina de grupo e das empresas de autogestão, já era inequívoca a atuação das duas outras modalidades de assistência à saúde, mediada por empresas especializadas: as cooperativas médicas e as seguradoras. As primeiras surgiram também na década de 1960, como uma reação da categoria médica às empresas de medicina de grupo, em decorrência da organização da categoria médica que via nas empresas operadoras de planos a desvalorização da categoria e a mercantilização da medicina (MENICUCCI, 2007). Assim, as cooperativas podem ser caracterizadas, de início, como uma reivindicação e reatualização da autonomia médica, ainda que orientadas pela lógica capitalista. Em oposição à comercialização e ao assalariamento da medicina, e em defesa da autonomia médica, elas tinham a proposta de associar a autonomia dos consultórios

com a introdução dos planos de saúde privados para a assistência hospitalar, controlados pelos médicos, e não por proprietários de hospitais. As cooperativas inovaram ao dispor de planos para indivíduos, embora também visassem os planos coletivos por conta de articulação com empresas empregadoras (CAMPOS, 1988; DONNANGELO, 1976). Ao longo do tempo, as cooperativas desenvolveram uma dinâmica muito parecida com a Medicina de Grupo, o que implicou em restrições à autonomia médica, razão do seu próprio surgimento. Por outro lado, as seguradoras iniciaram suas atividades no final dos anos 1970, seguindo as regras do Decreto-lei nº 73/1966, que regulamentou todos os tipos de seguros inseridos na economia (MÉDICI, 1990; 1992). A participação das seguradoras na assistência representou claramente o interesse de empresas do mercado financeiro em explorar comercialmente a área da saúde. De modo distinto às outras modalidades, as seguradoras começaram com ênfase no reembolso das despesas, no limite da apólice contratada. Embora fosse difícil uma separação entre assistência técnica e financeira, como ocorre em outros ramos de seguro, as seguradoras tinham que se guiar pelas regras gerais do setor de seguro, tornando-se a única modalidade comercializadora de assistência privada regulada pelo Estado (BAHIA, 1999).

Até meados de 1970, os planos e seguros de saúde eram experiências isoladas, bastante restritas a algumas empresas estatais e multinacionais que administravam uma assistência complementar àquela prestada de caráter público. No entanto, após o estímulo governamental para que as empresas constituíssem uma assistência diferenciada para os seus empregados, com subsídio governamental às empresas, estatais ou privadas para que criassem os seus próprios arranjos assistenciais, tornou-se corriqueiro que empresas possuíssem seus próprios serviços de saúde ou que administrassem a prestação de serviços para os seus empregados (BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2007). As empresas especializadas na administração de planos e seguros de saúde começaram a se multiplicar, em sistema de pré-pagamento, especialmente voltados para convênios com empresas[48] (LUZ, 2014).

Em vez de constituírem ou gerenciarem uma rede de serviços como alternativa aos insuficientes e precários serviços da rede estatal e conveniada, os

[48] Em um primeiro momento, tornaram-se uma pragmática opção para aqueles empresários que pensavam que oferecer assistência privada aos funcionários, diferente da organizada pela medicina previdenciária, favorecia, dentre outras coisas, a produtividade.

empresários, especialmente os da indústria, mostraram-se suscetíveis a aderir a alternativas para o atendimento de demandas dos trabalhadores por serviços de saúde. Por um valor *per capita* pré-fixado, independente do serviço prestado, começou-se a transferir cada vez mais o risco financeiro para empresas especializadas em assistência médico-hospitalar, seja por planos comercializados por empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas ou mesmo seguradoras. Enquadradas na lógica concorrencial, essas modalidades instituem padrões de cobertura heterogêneos, variáveis de acordo com o tipo de plano estabelecido em contrato e o perfil do usuário, implicando em diferentes contribuições e valores das prestações de serviços de saúde.

Em razão de escolhas governamentais que dispuseram ao Estado a função financiar e mediar negociações para o estabelecimento convênios/empresas, a alternativa de planos e seguros privados começou a se expandir no país. As regras que favoreceram essa lógica decorreram de duas alterações na legislação da previdência social – o Decreto-Lei 66/66 e a Lei 5890/73. O teor dessas regras facultava o atendimento dos empregados das empresas por meio de serviços, bem como autorizava as parcerias com o setor privado e os subsídios às entidades sem fins lucrativos, sem estabelecer privilégios para nenhuma modalidade empresarial (BAHIA, 1999). Antes disso, já era permitido o acordo entre as instituições de previdência social e as empresas, quando essas pudessem encarregar-se do pagamento dos benefícios concedidos aos segurados (LOPS, Art. 56), porém o decreto citado fortaleceu essa perspectiva quando definiu a modalidade de convênio. Por essa via, a Previdência e as empresas começaram a ampliar acordos, nos quais as empresas se responsabilizavam pela assistência médica de seus empregados e dependentes diretamente ou por intermédio de estabelecimentos e profissionais contratados. Posteriormente, a Lei 5890/73 autorizou os sindicatos também a organizarem a assistência médico-hospitalar. Em ambos os casos, o Estado promovia um reembolso dos gastos relativos à prestação desses serviços.

Somado a isso, outra importante decisão governamental foi favorável à ampliação da atuação do mercado na saúde: a dedução do Imposto de Renda sobre os gastos das empresas com saúde, desde 1974 (MENICUCCI, 2007). Além disso, estabeleceu-se que para instituições sem finalidade lucrativa ou entidades beneficentes seriam permitidas subvenções, ainda que já auxiliadas por outras

entidades públicas, especificando que a previdência social poderia colaborar para a complementação das respectivas instalações e equipamento, ou fornecer outros recursos materiais para melhoria do padrão de atendimento dos beneficiários (CAMPOS, 1988; DONNANGELO, 1976; MENICUCCI, 2007).

Daí constatou-se uma grande expansão do setor privado, inclusive dos planos privados, seja na lógica mutualista ou securitária, sob o incentivo direto e indireto do Estado, estabelecendo uma decisão de difícil retorno:

> (...) era financiamento na veia, [...] foi a grande alavanca que fez o mercado acordar [...]. Tudo bem, ok, vamos levar ele pra sociedade e falar assim “agora você vai ter teto pra você pagar imposto de renda, descontar imposto de renda”, esse cara não vai eleito pra nada, nem pra síndico de prédio, entendeu? (Entrevistado 8).

Obviamente, os atores com maior poder na arena da saúde eram os proprietários de hospitais e clínicas credenciadas pelo INAMPS; os empresários de grandes companhias que queriam continuar gerenciando os serviços médicos para os seus empregados de forma direta ou subsidiadas pelo Estado; e os proprietários de empresas de medicina de grupo, cuja característica central é a organização de serviços médicos para outras empresas (MENICUCCI, 2007).

Nesse contexto, os atores privados perceberam a importância de uma atuação organizada e começaram a se associar em grupos para fortalecer a sua influência nas decisões governamentais. Por exemplo, a Associação Médica Brasileira (AMB), criada em 1959, adquiriu força nas arenas de decisões somente na década de 1970. Nessa mesma década, duas instituições foram criadas para defender os interesses do setor privado: a Federação Brasileira de Hospitais Credenciados pela Previdência Social, atual Federação Brasileira de Hospitais (FBH), e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). A constituição desses atores políticos coletivos pode ser entendida como um dos principais legados das políticas dessa época, pois elas exerceriam pressão tanto no momento da redefinição da política de saúde na Assembleia Constituinte (instituída em 1986), quanto agir de forma institucionalizada e, informalmente, na dinâmica mais recente da política de saúde.

Em resumo, em meados dos anos 1960, em perspectiva similar às estratégias de reestruturação das relações entre o Estado e a sociedade em outros regimes autoritários da América Latina, a reforma previdenciária, em discussão havia décadas, tornou-se viável. As mudanças não foram radicais, porém taticamente

graduais. Na direção do que defendia a tecnocracia previdenciária desde meados da década de 1940, as políticas governamentais lograram na extensão da cobertura dos seguros sociais, ampliação do campo de atuação das instituições estatais, unificação e estatização da previdência, com ampliação dos recursos financeiros disponíveis para a saúde, alocados em grande medida no setor privado (MALLOY, 1986; OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989). Os governos autoritários não somente evitaram a colisão com os interesses privados, especialmente os das companhias de seguros, e com atores do próprio Ministério do Trabalho e Previdência Social, muitos deles ainda preocupados com os custos da universalização da cobertura para os cofres públicos (MALLOY, 1986), como também criaram alternativas para potencializar o mercado na assistência à saúde. Este, altamente beneficiado pelas políticas governamentais para compor o complexo médico-previdenciário, em longo prazo, começou-se a visualizar a possibilidade de expansão fora da assistência médica previdenciária, a qual, carente de recursos, mostrava-se cada vez mais fragilizada.

4.1.5 Processos de mudança em curso

Um contexto de recessão econômica, de crise fiscal e de transição política agudizou-se no final dos governos autoritários. A promessa dos militares de redistribuição do "bolo" mostrou-se improvável mediante a estagnação do crescimento econômico, ainda no final da década de 1970. De modo vigoroso, a crise internacional ostentou seus reflexos em um país com forte submissão ao mercado mundial e com políticas de concentração de renda. Somado a isso, em 1980, houve um rompimento com o padrão de financiamento e da coalizão que sustentava o Estado desenvolvimentista, dando início a uma política econômica de "ajuste externo" – opção governamental de controlar as contas públicas desde o presidente Figueiredo, mas com insucesso. A proposta de saldar as obrigações com credores internacionais, e as tentativas de estancar a inflação apenas parecia piorar a dívida externa e interna brasileira (IANONI, 2009). Nessa conjuntura, a rigidez política foi abrandada, e os próprios militares sinalizaram para o retorno da democracia, ainda que de forma "lenta, gradual e segura". Nesse contexto, os problemas de uma política de saúde fragmentada, mercantilizada, com aumento crescente dos custos, pouca efetividade e baixa capacidade estatal de regulação

tornou-se alvo de questionamentos, particularmente do movimento multifacetado que se convencionou a chamar de Movimento Sanitário Brasileiro.

As bases teórica e ideológica desse Movimento foram constituídas ainda no final dos anos 1960 e início dos anos 1970, quando, no interior dos departamentos de Medicina Preventiva, em diversas universidades, ganhou atenção uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde. Particularmente, por meio de produções teóricas de professores e estudantes dos departamentos da Universidade de Campinas (Unicamp), da Universidade de São Paulo (USP), do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e da Escola Nacional de Saúde Pública, não somente difundiram-se acepções segundo as quais as condições sociais foram tomadas como determinantes da saúde, que questionavam o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização, como também esses grupos aliaram-se às lutas mais gerais de democratização do País, incentivando experiências locais para a constituição do campo de prática dos estudantes de medicina[49].

Em conexão com esse processo, estudantes do campo da saúde começaram a se organizar politicamente, especialmente por meio das Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (SENACS) e Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM). Também atrelado à construção do conhecimento, na ocasião da realização da reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em 1976, decidiu-se pela criação da revista *Saúde em Debate* para divulgar o novo pensamento médico-social na área da saúde, cuja viabilidade pediu o surgimento de uma instituição – o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o qual compartilhou com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) a tarefa de agregar vários colaboradores em torno de debates acerca do campo, elaborar e difundir propostas alternativas à política de saúde vigente[50]. Pela esfera do trabalho, contramaré da ideologia liberal, hegemônica entre os médicos, bem representados pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), dois outros grupos se juntaram ao Movimento Sanitário: o

[49] As teses de Sérgio Arouca e de Cecília Donnangelo, respectivamente, intituladas de *O Dilema Preventivista* e *Medicina e Sociedade*, sobressaíram-se na demarcação da teoria social da medicina no Brasil.

[50] Para isso, foi importante a sua participação no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, que agregou inúmeros atores vinculados ao tema (ESCOREL, 1999).

Movimento dos Médicos Residentes e o Movimento de Renovação Médica. Somados a esses, ainda destacam-se o envolvimento de outras categorias profissionais e o Movimento Popular de Saúde (MOPS) (ESCOREL, 1999).

De forma resumida, com forte influência do materialismo histórico e dialético, os chamados sanitaristas denunciaram as relações entre saúde e estrutura social, evocando a necessidade de valorizar os determinantes sociais no processo saúde/doença e buscando destacar os fatores políticos da crise do setor, além de destacar a irracionalidade de um sistema de saúde centrado na atenção hospitalar e na mercantilização da medicina (CORDEIRO, 1984; DONNANGELO, 1976; PAIM, 1984; TEIXEIRA, 1984). Embora reiteradas divergências internas acerca dos inúmeros aspectos da área, alguns pontos tornaram-se consenso, dentre os quais a democratização da saúde:

> A democracia era vista por estes movimentos não apenas como um valor em si, mas também como um meio através do qual se poderia conseguir uma solução para o problema das desigualdades sociais, levando também a condições que permitiriam tanto um melhor estado de saúde da população quanto um acesso mais equitativo aos serviços de saúde (COELHO, 2010, p.172).

Para viabilizar conceitos e articular ações, uma estratégia foi a de “ocupação dos espaços institucionais”. No final do período autoritário militar, já se observava a resistência de uma parte da tecnocracia previdenciária às políticas governamentais predominantes. Adeptos às ideias da reforma sanitária, com ampliação dos serviços próprios e contra a medicina liberal, agentes inseridos no próprio Estado começaram a questionar o modelo assistencial instituído. Embora fosse minoria, ainda em 1972, por meio da Portaria 48/1972 do INAMPS, expressaram-se os primeiros sinais a favor de mudança no sistema de saúde. Essa norma propunha a priorização de unidades próprias, hierarquização das modalidades de serviços e o estabelecimento de convênios com os estados e municípios para atender situações nas quais era difícil garantir unidades previdenciárias de saúde (MENICUCCI, 2007). Especialmente a partir de 1985, sob o Governo de José Sarney, quando os postos da burocracia estatal foram assumidos por liderança da reforma sanitária, outras iniciativas sinalizaram para mudanças.

Por exemplo, quando Hésio Cordeiro assumiu a presidência do INAMPS, concomitante à atuação de Eleutério Rodrigues Neto na Secretaria Geral do

Ministério da Saúde, e Sérgio Arouca na Presidência da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), ações estratégicas para alterar o *status quo* foram deflagradas no interior dos espaços institucionais do Estado. Importante notar que muitos desses atores eram oriundos do Partido Comunista Brasileiro (o chamado *partidão*), os quais

> (...) tinham uma visão mais vanguardista. Uma vanguarda que se infiltra no Estado e a partir dessa infiltração vai traficar avanços. Essa é uma visão típica do partidão, e foi a visão que preponderou ao longo dessas últimas duas décadas, eu acho, no movimento sanitário (Entrevista 4).

Após a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), por meio do Decreto nº 86.329/1981[51], aumentou-se a absorção e a aceitação de propostas do movimento sanitário, com notório confronto entre "privatistas", "estatizantes" e "reformistas", em um cenário de democratização da saúde e de embate pela democratização do Estado e pelo fim do regime autoritário (CORDEIRO, 1991 *apud* BUSS e LABRA, 1995). Definitivamente, o INAMPS tornou-se um espaço de enfrentamentos ideológicos e políticos, que aos poucos conseguiram trazer à luz propostas subalternas defendidas por sanitaristas (PAIM, 1986). Na verdade, tais iniciativas casavam com o interesse governamental da época de estender a presença estatal em áreas remotas ou desassistidas, e de ampliar a cobertura aos trabalhadores que antes não possuíam direito à assistência previdenciária, inclusive para amortecer as pressões sociais. Ou seja, alterações já vinham ocorrendo “por dentro” e de forma gradual quando conseguiram definir constitucionalmente um novo sistema de saúde (FALLETI E ANGELUCI, 2010).

Em 1983, por exemplo, como um aperfeiçoamento do “Plano CONASP”, implantou-se em 15 unidades da federação o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) e, no ano seguinte, estabeleceu-se a estratégia das Ações Integradas de Saúde, expandindo-a pelo território nacional. Como uma experiência transitória para o SUS, seguindo alguns dos princípios da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Assim, mesmo

[51] A proposta do CONASP de reduzir despesas com saúde e aumentar a qualidade da assistência gerou duas interpretações distintas acerca das intenções governamentais. A primeira era a de que se queria apenas conter os gastos da Previdência com assistência médica, sem alterar o modelo lucrativo e curativo. A segunda leitura, bem mais generosa, dizia que ali se instalava uma mudança profunda do próprio modelo que estaria em direção a um sistema universal de saúde, com a direção do setor público, integração e hierarquização dos serviços, universalização do direito à assistência, integração das práticas preventivas e curativas (PAIM, 1986; TEIXEIRA, 1985).

antes da Constituição de 1988, já havia sido deflagrado um processo de mudança institucional, quando se alterou o sistema de pagamento para os hospitais contratados e um programa de racionalização da atenção ambulatorial que culminava, embora insuficiente, em um maior controle do Estado sobre o ato médico e práticas empresariais[52]. Naquele momento, fortaleceram-se as ideias de integrar institucionalmente as práticas preventivo-curativas e individual-coletivas; regionalizar e hierarquizar os serviços públicos e privados; reorientar os serviços de atenção primária com adscrição de clientela e definindo-a como porta de entrada da rede assistencial; estabelecer mecanismos de referência e contrarreferência; descentralizar os processos de planejamento e administração a nível regional, sub-regional e local; definir a coparticipação financeira e corresponsabilidade das várias instituições envolvidas etc. (TEIXEIRA, 1985; PAIM, 1986). Apesar de ter sido um momento de intensa experimentação, tal inserção no Estado gerou conflitos dentro do próprio movimento sanitário, segundo Escorel (1999), gerando questionamentos acerca da sua representatividade e legitimidade, bem como distanciamento dos movimentos sociais.

Sem contradizer o movimento sanitário, mas com atuação autônoma e mecanismos e objetivos próprios, identifica-se o Movimento Municipal de Saúde, seguindo a interpretação de um dos entrevistados da pesquisa (Entrevistado 10). Em plena ditadura, nas eleições municipais de 1976, assumiram prefeitos progressistas, com propostas de enfrentamento dos desafios sociais[53]. As demandas urbanas nas cidades médias e grandes gerou uma série de iniciativas federais, estaduais e, principalmente, municipais de atenuação de tensão social da periferia. Ainda nessas circunstâncias, várias experiências de gestão municipal da saúde começaram a ser implantadas, como Montes Claros, em Minas Gerais; Londrina, no Paraná; Caruaru, em Pernambuco; Campinas, em São Paulo, Niterói, no Rio de Janeiro etc., orientadas por recomendações de atenção primária,

[52] Em vez de pagar por unidades de serviços, pagar-se-ia por autorização de internações hospitalares (AIH), cujo teor era o pagamento por procedimento. Além disso, fixou-se um teto de exames por consultas, como um modo de regular o excesso de atos médicos. Um resultado imediato disso foi uma expressiva diminuição dos gastos públicos com o setor contratado. Enquanto cerca de 90% dos gastos do INPS eram para arcar com despesas executadas no setor privado, ainda em meados dos anos 1970, em 1987, as despesas percentuais com a rede privada foram inferiores a 50%. Quanto às unidades ambulatoriais, aplicaram-se medidas gerenciais que também visualizavam a redução dos custos e resolutividade das consultas (MÉDICI,1992).

[53] http://www.conasems.org.br/conasems-homenageia-ex-presidentes-em-noite-de-reinauguracao-da-sede-2/

fomentada pela Organização Pan-americana de Saúde e mesmo com o apoio dos Departamentos de Medicina Preventiva, que tinham naqueles espaços um laboratório de práticas das novas formulações. Somadas às transformações no âmbito federal, aquelas experiências ao nível municipal representavam “Estratégias de Reorientação Setorial, que nada mais é do que passar a usar os recursos da previdência social pra financiar políticas de saúde pública de corte universal” (Entrevistado 18).

Em termos de conformação de atores coletivos, iniciada desde o final da década de 1970, os encontros municipais de saúde foram eventos relevantes, pois neles tanto se compartilhavam as experiências, quanto se debatia politicamente uma pauta de ampliação da competência local no setor saúde. Para exemplificar, no Primeiro Encontro dos Secretários Municipais de Saúde do Sudeste, organizado pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), em 1978, destacaram-se as prioridades elencadas por representantes de dezesseis Estados e sessenta municípios: prioridade para a atenção primária e para as solicitações dos Municípios ao FAS, destinadas a investimentos na rede física e serviços; descentralização tributária; moção de apoio ao Ministro da Saúde, que então defendia o repasse direto de verbas aos Municípios; solicitação de credenciamento dos Municípios interessados junto ao Programa Nacional de Imunizações, que era, naquele momento, de competência exclusiva das Secretarias Estaduais.

Também demonstrando a articulação política de nível local, em 1979, no Encontro dos Secretários Municipais de Saúde, em Niterói, e no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara Federal, viram-se defesas acirradas a favor da descentralização, tanto como estratégia para atingir uma maior eficácia do sistema, quanto com o objetivo de maior democratização do Estado e do sistema de saúde pela ampliação da participação popular (MULLER NETO, 1991, p. 60). Desses e de outros encontros, nasceram os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), e depois o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), exatamente em 1988. Embora a principal direção da Municipalização da Saúde não fosse o combate à ditadura, ele tomava o desafio de resolver a inclusão social e alçar uma descentralização capaz de garantir a autonomia do ente local.

O encontro histórico entre o Movimento Sanitarista e o Movimento Municipalista ocorreu em 1986, na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na história da política de saúde brasileira (FLEURY, 1997). Nela, cerca de quatro mil pessoas debateram três temas centrais: a saúde como direito inerente à cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o seu financiamento. É dito, por exemplo, que "a partir dessa conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma reforma democrática do Estado" (PAIM, 2008, p.27). Coordenada pelos sanitaristas, sob a liderança de Sérgio Arouca, quando a Conferência foi planejada, a conexão entre o Movimento Sanitarista e o Municipalista ainda era baixa. Prova disso seria o número ínfimo de doze vagas para delegados da Secretaria Municipal de Saúde. Contudo,

> (...) eles souberam dessas 12 vagas, houve uma chuva de telefonemas do Brasil inteiro pra comissão organizadora e essas 12 vagas pularam pra 90 [...] As Secretarias Municipais de Saúde se reuniram paralelamente na 8ª Conferência e teve uma repercussão de muita qualidade, muito positiva porque várias das recomendações, várias das bandeiras debatidas e aprovadas na 8ª conferência tiveram o testemunho factual na lata dos secretários municipais [...] daí pra frente foi um movimento praticamente unificado da gestão municipal com as bandeiras da reforma sanitária (Entrevista 10).

Antes mesmo disso, com a eleição de 1982[54], em que se elegeu um leque de governadores oposicionistas ao regime militar, algumas secretarias estaduais da saúde incorporaram pessoas oriundas de instituições acadêmicas que vinham fomentando e trocando ideias com orientações muito semelhantes acerca de uma reforma sanitária no Brasil. Assim, as propostas de reforma ganharam a adesão de um forte ator coletivo, o que um dos entrevistados denominou *coalizão de gestores,* ligada aos partidos de esquerda e inserida nas três esferas de governo. Essa aliança parece ter sido fundamental naquele período, mas, ao longo do tempo, conforme definiu um informante desta pesquisa, foi se pluralizando e perdendo a capacidade de influência política:

[54] Acrescida às dificuldades de Geisel e de Figueiredo de enfrentar a seu modo a crise econômica, pelo ângulo propriamente político, a Arena experimentou uma importante derrota ainda em 1974, quando o MDB elegeu 16 senadores, contra apenas 06 aliados do governo, sem contar com o crescimento do número de deputados federais do MDB. Depois disso, já com o multipartidarismo, o governo federal perdeu eleições para os principais governos estaduais e privou-se da maioria da Câmara Federal (ARAÚJO, 2013).

> (...) essa coalizão dos gestores se formou como provavelmente o ator político mais importante do período, né. Eu tenho uma interpretação cada vez mais consolidada e meio heterodoxa de que a gente valoriza muito o papel dos movimentos sociais, do movimento sanitário, mas eu continuo achando que o principal impulsor das mudanças políticas foi o Estado e o Estado ocupado essencialmente por essa coalizão de gestores. Se ela ganhou muita força política nesse período também… de 85 a 88, ela perdeu consistência ideológica por ampliação, né. Era um grupo que vinha muito coeso no diagnóstico e na narrativa que tinha na proposta sobre esse tema e numa visão política e ideológica compartilhada, apesar de ter sua nuance, sua diferença, mas aí você passa a ter uma coalizão que é suprapartidária. Que entra todos os tipos de forças políticas, inclusive privatistas… quer dizer… você tem gestores muito bons, inclusive, do ponto de vista técnico e de gestão, mas que não compartilhavam a proposta de um sistema público do ponto de vista ideológico, apesar de serem secretários estaduais, de serem secretários municipais, do Ministério e do INAMPS (Entrevista 16).

Paralelamente a esse processo de difusão de ideias e de ensaio de novas propostas, o setor de planos e seguros privados criava uma rota de elevada autonomização em relação às políticas do Estado. Entre as mudanças que vinham ocorrendo nas instituições previdenciárias, uma delas impôs a extinção dos convênios-empresas, em 1979. Naquela ocasião, em que já havia uma expansão significativa da cobertura previdenciária, mas sem investimentos numa rede de serviços efetiva, as empresas médicas em suas diferentes modalidades persistiram como uma alternativa para a assistência à saúde. Mediante este fato, uma das teses mais difundidas e consensuais associa a difusão e a expansão do setor da assistência médica suplementar, na década de 1980 e 1990, com a gradual elevação da cobertura assistencial, primeiramente pelo processo gradual de universalização da previdência, e depois com o SUS, e a subsequente queda no nível da qualidade dos serviços públicos de saúde (FAVARET E OLIVEIRA, 1990; MÉDICI, 1992 MENDES, 1993; WERNECK VIANA, 1989). Nessa perspectiva, denuncia-se a expansão do setor privado concomitante à universalização da saúde, com o estabelecimento de dois projetos políticos sanitários: a reforma sanitária e o projeto neoliberal.

Outra fonte explicativa recorre à privatização da assistência médico-hospitalar como resultado da confluência entre a interação de interesses de operários e patrões e a tradição histórica de compra de serviços da previdência social (BAHIA, 1991; LUZ, 2014). De qualquer modo, o SUS emerge dentro de um

contexto de expansão do setor de planos e seguros privados, no qual esses alargam os seus passos de autonomia em relação ao Estado, adotando, exceto a modalidade de seguradoras, uma rota de auto-regulamentação baseada em uma extrema assimetria de poder entre operadoras, consumidores e médicos. Assim, se tomado também o fato de que, ao longo dos anos, prevaleceu um intenso investimento público na rede privada de serviços de saúde, o certo é que os atores que propuseram mudanças radicais tinham um grande desafio pela frente para curvar a política de saúde brasileira. Dado que já havia atores e instituições constituídos, sem sombra de dúvidas, qualquer proposta de mudança absorveria uma herança forte de políticas do passado, tanto no sentido de fixação de um modelo de atenção à saúde, quanto de interesses privados em jogo.

4.2 Pós-1988: regras e primeiras decisões

4.1.2 Regras do SUS e suas brechas

É possível afirmar que o texto constitucional brasileiro tem um elevado teor de justiça social, voltado para a democratização da saúde e o fortalecimento do papel do Estado. Porém, no que se trata do financiamento do SUS e da participação do setor privado, tanto na CF-88, quanto na Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta a nova política foram deixadas brechas que poderiam (e foram) exploradas pelos atores políticos da arena da saúde, como se tenta assinalar a seguir.

Como sabido, a CF-88 implantou o conceito de Seguridade Social, norteado pelo princípio da universalidade da cobertura e atendimento, definido como o "conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social*"* (Art. 194, BRASIL, 1988). Nessa matriz institucional próxima ao modelo de estado de bem-estar social beveridgiano, a saúde foi definida como um direito de todos os cidadãos, coordenado e financiado pelo Estado, o qual passaria a garantir políticas sociais e econômicas que visassem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação *(*Art. 196). As ações e serviços públicos de

saúde deveriam ser integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada pelas diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, o que sinalizou para o objetivo de fortalecer a atenção primária à saúde; e a participação da comunidade. Para isso, o sistema único de saúde seria financiado pelos recursos do orçamento da seguridade social (Art. 198).

O disposto na Constituição sobre a Seguridade Social indicou a combinação de contribuições trabalhistas e financiamento estatal por impostos, com o aumento das fontes tradicionalmente utilizadas para financiar a Previdência Social (SINPAS)[55]. Afirmou-se que os recursos da Seguridade não poderiam ser utilizados para outros fins, bem como se criou a possibilidade de definir fontes de recursos específicos para a garantia e expansão da seguridade social[56]. De fato, isso facilitou que as fontes destinadas à seguridade passassem a não ser apenas baseadas em folha salarial, mas também em outras fontes, especialmente ao faturamento empresarial, considerando a incorporação e a elevação da alíquota do Fundo de Desenvolvimento Social (FINSOCIAL), atual Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), e a Contribuição sobre o lucro líquido das empresas (CSLL).

Ainda na direção de garantir fontes estáveis de financiamento para as políticas sociais, o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) definiu, em seu Art. 55, que "até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde" (BRASIL, 1988). Essa determinação foi um modo de amortecer os grandes embates acerca da vinculação de recursos para as políticas sociais, nos quais os atores pró-SUS defendiam a garantia de que uma porcentagem dos recursos da seguridade fosse direcionada para a política pública de saúde. O problema é que, ao atribuir transitoriedade à vinculação, não se definiu uma vinculação específica e permanente, garantindo, por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias, a liberdade dos governos em estabelecer os recursos que

[55] A incorporação de novas fontes, desatreladas às contribuições trabalhistas que estão altamente associadas às taxas de emprego, além de ampliar os recursos, objetivava tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia. Contudo, estudos posteriores indicaram que as novas fontes são também bastante sensíveis ao desempenho da economia (MARQUES E MENDES, 2003).

[56] Nessa direção, por exemplo, logo após sua promulgação, criou-se a Contribuição Social sobre o Lucro – atual CONFINS – para uso restrito da Seguridade.

seriam destinados à área (BARROS et al., 1996; RIBEIRO et al., 2007). Ao se permitir que anualmente fosse definido quanto dos recursos arrecadados seria destinado à saúde, formou-se uma grande margem a ser explorada pelos governos do futuro.

Em relação à iniciativa privada, a nova Carta definiu que as ações e serviços públicos de saúde podem ser executados diretamente ou por terceiros e, também, por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, mas alerta que cabe ao Poder Público dispor, em termos de lei, sobre a regulamentação, a fiscalização e o controle dessas ações e serviços (Art.197). Mais do que isso, o Art. 199 destacou que "a assistência à saúde é livre à iniciativa privada". Essa participação foi qualificada como complementar ao sistema único de saúde[57], segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Art. 199 § 1º) [58]. Ou seja, independentemente da propriedade do provedor, garantem-se as prerrogativas do Poder Público em relação à regulação, fiscalização e controle do sistema público.

O problema, todavia, reside em que essa forma de redação, apesar de tanto atender a reivindicações do setor prestador de serviços, quando das empresas privadas de assistência médico-hospitalar que comercializavam planos e seguros, acaba por fazer referência apenas a questões que dizem respeito aos primeiros. Identifica-se, portanto, uma lacuna na Constituição no que diz respeito à relação que o Estado deveria estabelecer com o setor que depois veio a ser chamado de saúde

[57] Existem quatro formas de inserir planos privados nos sistemas de saúde: complementar, substitutivo, primário e suplementar. Como o próprio nome ajuda a discernir, os planos de saúde são complementares quando o setor privado complementa o sistema estatutário, ou seja, as pessoas adquirem planos para possuir acesso aos serviços que não são cobertos pelo Estado, ou o são parcialmente, como ocorre na França. O setor privado torna-se substitutivo quando o indivíduo deve optar pelo sistema público ou pelo seguro privado, como foi observado em países com sistemas organizados na lógica bismarkiana de seguro social, como na Alemanha, na Holanda e na Bélgica, ou mesmo no Chile, antes das reformas dos anos noventa. O setor privado é primário quando ele é o elemento preponderante ao sistema de saúde, cabendo ao Estado uma atuação residual, como é o caso dos Estados Unidos. No caso de uma assistência suplementar, como de fato é no Brasil, o segmento de planos e seguros de saúde torna-se uma rede médico-assistencial à saúde paralela ao sistema público de saúde (SANTOS et al., 2008). Isto quer dizer que, os beneficiários do sistema suplementar, caso desejarem ou se for necessário, também podem ser atendidos na rede pública. Neste último caso, estabelece-se uma cobertura dupla, onde os serviços privados são diferenciados basicamente em termos de hotelaria e no que tange às facilidades de acesso para agendamento de consultas, exames e cirurgias eletivas.

[58] Ainda sobre o Art.199, ficou vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (Art. 199 § 2º); e é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (Art. 199 § 3º).

suplementar. Além disso, a Constituição vedou a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos, mas não tratou da questão dos subsídios indiretos ao sistema de saúde privado, que permaneceu no campo das não decisões, preservando, portanto, o estado de coisas vigente (MENICUCCI, 2007, p.180).

Se tomada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas Leis 8080/1990 e 8142/1990, observam-se importantes ambiguidades, cuja consequência é também o aumento de conflitos distributivos futuros. A Lei 8080/1990 dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como para a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e ratificou os princípios e diretrizes do sistema, dentre os quais a "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (Art. 7º). Essa lei diz que "os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde" (Art. 33), bem como afirma que "na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde*"* (Art. 33, § 1º); que o "Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios (...)" (Art. 33, § 2º); e que

> as autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do SUS (Art. 34).

Em seguida, o Artigo 35 versa sobre os critérios para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, algo que ficará ainda mais detalhado pela Lei 8.142/1990.

Embora a LOS tenha ratificado o financiamento da saúde por meio de recursos da seguridade social[59], ela não mencionou o financiamento oriundo do orçamento da União e das unidades subnacionais, conforme previsto pelo *parágrafo*

[59] De forma complementar ao orçamento da seguridade social, o Artigo 32 especifica "outras fontes de recursos" que podem ser destinados ao SUS (taxas, multas, doações, rendas eventuais etc.).

único do Art. 198 da Carta de 1988, bem como continuou sem especificar a percentagem do orçamento destinada ao SUS[60]:

> O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (Art. 198, Parágrafo Único, BRASIL, 1988).

Especificamente sobre o setor privado, a Lei 8.080/90 reafirmou que o sistema de saúde é livre à iniciativa privada e assegurou que serviços privados são compostos pela atuação de profissionais liberais e de pessoas jurídicas de direito privado, vedando a participação direta ou indireta de empresas e capital estrangeiro, salvo nos casos de doações de organismos internacionais vinculados à ONU, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimo (Art. 20 a Art. 23).

A respeito da "participação complementar", o entendimento foi de que "quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada". Para tanto, a participação seria formalizada mediante contrato ou convênio, observadas as normas de direito público, com preferência às entidades filantrópicas e àquelas sem fins lucrativos (Art. 24 e Art. 25). Ainda sobre a participação complementar, falou-se em formas de reajuste e de pagamento da remuneração que garantam a qualidade de execução dos serviços contratados; da necessidade dos serviços contratados submeter-se às normas técnicas e administrativas e diretrizes do SUS; bem como restou vedado que funções gerenciais do SUS sejam assumidas por proprietários, administradores e dirigentes de serviços contratados (Art.26). Nesse ponto, pode-se interpretar que foi mantida a primazia do bem público em detrimento dos interesses privados no que diz respeito ao uso de prestadores de serviços.

No entanto, há, pelo menos, três lacunas que deixaram de impor limites ao fortalecimento do setor de planos e seguros de saúde. Uma delas advém da

[60] A Constituição não determinou nenhuma proporção do montante de recursos para as áreas que a compõem, mas o Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias definiu que, até que fosse aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde, algo que não se instituiu como regra para os anos seguintes.

omissão em restringir a prática estatal de criar subsídios indiretos do governo por meio de isenções fiscais, o que serve como um mecanismo de estímulo ao consumo de planos e seguros privados de assistência médico-hospitalar. Outra mostra a despretensão em alterar uma realidade em que os servidores públicos estatais possuem um modo próprio de assistência privada, por meio dos planos de autogestão. E, por fim, falha em não tratar das empresas que comercializavam planos e seguros de saúde, as quais, naquele momento, demonstravam robustez e autonomização do Estado, apesar das crescentes queixas de usuários e entidades médicas[61] (MENICUCCI, 2007).

Nesse ponto, um dos entrevistados com trajetória na saúde suplementar disse que teve a curiosidade de perguntar a um reconhecido amigo sanitarista sobre as lacunas da lei acerca do setor de planos e seguros de saúde:

> (...) falei 'mas por que diabos vocês quem tava discutindo a área da saúde não viram da importância da área da saúde suplementar?'. Ele falou 'não, olha a gente até sabia, mas o SUS ia ser tão bom, tão bom, tão bom que a saúde suplementar ia ser uma borda no sistema, né. Ia ser uma espécie de... rescaldo, ia sobrar pouco pra saúde suplementar'. Além do que, havia evidentemente uma pressão pra criar uma constituição que é um primor de ambiguidade, tanto responsabilidade do sistema público, quanto da iniciativa privada (Entrevista 8).

Portanto, face aos conflitos da época e à esperança de uma mudança profunda na política de saúde brasileira, os atores empreendedores do SUS pouco anteviram as consequências da persistência de um setor de planos e seguros privados e menos ainda trouxeram alternativas a esse legado, que impreterivelmente constitui segmentação assistencial e cria uma lógica distinta daquela que defende a saúde como direito de cidadania. Já mergulhados na desventura de desenvolver uma nova política com constrangimentos governamentais em dimensões estruturais, gestores e militantes do SUS demoraram muito a entrar no debate acerca da regulamentação do setor de planos e seguros privados, totalmente em paralelo à definição do marco regulatório do SUS.

[61] Em relação aos subsídios indiretos, vale lembrar que a Lei 7713/1988 alterou a legislação de imposto de renda, ampliando os limites do abatimento do Imposto de Renda com despesas com saúde, depois disso, outras alterações nas regras foram definidas, a favor da demanda e oferta de planos e seguros privados, que também passam à margem da discricionariedade dos gestores e do controle social do SUS.

4.2.1 Decisões acerca de um novo desenho

Diminuída a capacidade do regime ditatorial militar de definir o seu sucessor presidencial, José Sarney tornou-se o presidente da República[62] – um político do PMDB de bases regionais e conservadoras[63]. Com uma aliança de centro-direita para governar o país, esse momento representou a diminuição do espaço de setores progressistas no Governo, mas não ao ponto de obstruir o processo de democratização e de definição de novas políticas sociais. Até mesmo porque existiam grupos políticos do próprio PMDB dando retaguarda às mudanças jurídicas e institucionais na direção dos direitos de cidadania, bem como pelo próprio fracasso do governo no comando da economia, já configurado em 1987, ter decrescido o seu capital político (MELO, 2007).

Aberto oficialmente o processo Constituinte neste contexto, cujo desfecho foi a Constituição Federal de 1988, estava clara a polarização dos interesses na Assembleia Constituinte. Como articuladores de mudanças na política de saúde, destacavam-se as entidades já citadas, de origem acadêmica, o CEBES e a ABRASCO, e o movimento social e profissional em saúde, em especial, os médicos residentes, o Movimento de Renovação Médica, os Movimentos Populares em Saúde e o Movimento pela Municipalização da Saúde. Em oposição a essa coalizão política estavam uma parte da burocracia previdenciária e as entidades com interesses privados, como a Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Planos de Saúde, Associação Médica Brasileira, Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde, dentre outros (GERSCHMAN, 2004; MENICUCCI, 1997; VAN STRALEN, 1996).

As propostas fundamentais para a reforma da saúde, exceto a definição de fonte de financiamento, já haviam sido aprovadas pela Comissão de Sistematização da Constituinte, quando a possibilidade de apresentar emendas populares atiçou novamente os conflitos: o projeto liberal-privatista angariou apoio

---

[62] A chapa do PMDB composta por Tancredo Neves e José Sarney venceu a disputa no Colégio Eleitoral, mas o primeiro morreu antes de tomar posse e o segundo assumiu em seu lugar.

[63] Ao longo do período autoritário, o MDB (hoje PMDB) era, por certo, um partido de oposição *ao regime*, que tencionava pelo retorno da democracia, mas que também adotou a característica de "oposição consentida", ou seja, obediente às regras estabelecidas e, por ser assim, capaz de legitimar o próprio regime (ARAÚJO, 2013).

popular maior do que o projeto de universalização do sistema de saúde brasileiro. Seguindo para o processo de votação, em razão do apoio de parlamentares mais conservadores, o conhecido “centrão”, o regimento interno foi alterado, de modo a permitir proposições substitutas. Com novas regras regimentais, as negociações foram reiniciadas. Mediante a história da política e os atores em jogo, não é estranho saber que o ponto de maior conflito era a definição da *“*natureza pública ou não dos serviços de saúde, com suas implicações decorrentes sobre o relacionamento entre os setores públicos e privados” (RODRIGUES NETO, 1997, p.84, apud MENICUCCI, 2007). As resistências não pareciam ser favoráveis à universalização da cobertura assistencial, mas sim à estatização ou não dos serviços de saúde.

Num contexto de transição democrática, favorável à definição de um Estado de direito no País, bem como de crise da previdência, o que apontava para a necessidade de novas racionalidades, o clima político e social permitiu a definição de um corpo jurídico concernente com as propostas do Movimento Sanitário Brasileiro, embasado em experiências de universalização da atenção à saúde em países socialdemocratas e socialistas. Portanto, com segmentos da esquerda apoiando o SUS, estava aberta a janela de oportunidade para um novo desenho da política de saúde, indo de encontro à tradição corporativista de organização de serviços de saúde e de desmercadorização da saúde que marcaram os anos prévios de sua definição, embora o sistema tenha nascido “livre à iniciativa privada”. Na interpretação de um dos informantes da pesquisa: “o SUS escapuliu melhor do que a sociedade” (Entrevistado 14).

Contudo, os desafios não tardaram a aparecer. Após aprovada a Constituição, os dispositivos transitórios definiram que o Governo Federal tinha o prazo de seis meses pra enviar ao Congresso Nacional o projeto de Lei Orgânica da Saúde. O presidente Sarney não cumpriu essa determinação. Segundo um dos informantes da pesquisa, isso estaria associado às pressões do setor privado:

> (...) os meses foram passando e as pressões para a regulamentação da política não só não surtiam efeito, as informações comprovadas revelavam que nem havia uma comissão formada pela Presidência da República pra elaborar esse anteprojeto. E aí se mapeou várias entidades, o setor privado já estava pressionando o presidente da República pra empurrar com a barriga e não cumprir esse dispositivo legal, essa obrigação de seis meses (Entrevista 16).

Ainda do ponto de vista desse entrevistado, os defensores do SUS achavam que a entidade que mais tencionou para atrasar o envio do projeto de lei foi a Federação Brasileira dos Hospitais Privados, que de fato atuava neste sentido. Pouco se desconfiava que a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) agia também nesta direção, pois era um grupo de interesse pequeno e novo.

De qualquer forma, o Governo Sarney começou a constranger mudanças, mesmo já promulgada a CF-88. Segundo um dos entrevistados, sem a proteção política do grupo político do Ulysses Guimarães (PMDB) (Entrevista 16), "aí eu acho que foi onde a gente deixou de ser feliz". Naquelas circunstâncias, predominaram os interesses do "centrão*"* no Congresso e no governo, inclusive com a saída do governo de grupos do PMDB que haviam dado suporte à proposta da *Constituição Cidadã*, como a demissão do então presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro. Nessa situação, alguns deputados federais começaram a insinuar que os militantes da reforma sanitária deveriam se contentar com o resultado da Constituinte: "muito deputado, muitos líderes diziam pra gente: cara, vocês já ganharam, também não enche o saco o tempo todo, não pode ganhar tudo" (Entrevista 16).

Os militantes a favor de mudanças tinham, porém, capacidade de enfrentamento às oposições. Nesta direção, foi histórico o III Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, cujo relatório final determinou que o Governo Federal enviasse um anteprojeto de Lei Orgânica de Saúde ao Congresso Nacional, formulado no próprio evento: "(...) ele substituiu a tarefa constitucional da Presidência da República" (Entrevistado 10).

Neste mesmo ano, o país passou por um acirrado processo eleitoral direto, no qual a maioria dos partidos empenhou uma candidatura própria no primeiro turno. Apesar da convergência de forças mais progressistas no segundo turno, o Partido dos Trabalhadores (PT) e os seus aliados à esquerda (PSB e PC do B) perderam a eleição presidencial para Fernando Collor de Melo, representando uma derrota para as expectativas de avanço na implantação do projeto dos sanitaristas[64].

[64] Para Melo (2007), apesar da derrota, a partir de então, o PT assumiu a hegemonia no campo da esquerda, atribuindo-se uma posição de destaque nas disputas presidenciais e expressando um

> Se, por um lado, Lula representava a agregação de interesses da sociedade, organizada em movimentos e sindicatos, por outro, Collor foi o símbolo de uma diversidade de interesses difusos, de aglutinação de bolsões de esperança, principalmente daqueles que o próprio Collor chamou de descamisados (FALEROS et al., 2006, p.113 *apud* PAIM, 2008, p. 184)

Passadas as chances de estabelecer no país um governo com um projeto socialista, a vitória de Collor, em dezembro de 1989, representou a fixação de uma nova orientação política e econômica, adepta à abertura comercial, à desregulamentação financeira, à desestatização, ao ajuste fiscal. Nessas circunstâncias, ganhou lugar a reatualização de um *sanitarismo por resultados*, em que a assistência médica e hospitalar ofertada pelo setor público é focada nos pobres e nas políticas de baixo custo, com elevado impacto em algumas áreas, bem como a persistência de uma tendência à privatização da assistência à saúde (PAIM, 2008).

Apesar do contexto avesso à universalização da saúde, a Lei Orgânica da Saúde foi promulgada ainda em 1990, mediante manifestações da força política dos movimentos que delinearam e brigavam por uma reforma sanitária. O processo de regulamentação do SUS contou com atores que já tinham assumido um protagonismo na democratização, dentre os quais, os Secretários Municipais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e os Secretários Estaduais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), além do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que iniciara a sua discussão de reestruturação institucional para o fortalecimento da participação e do controle social. Um dado interessante pra mostrar a robustez dos atores empreendedores de mudança naquele momento é o processo de reversão do veto presidencial à Lei Orgânica da Saúde.

Como sabido, o governo Collor vetou partes importantes da Lei 8080, em setembro de 1990, especialmente os que previam transferência de recursos federais aos fundos estaduais e municipais e a participação da sociedade nas Conferências e Conselhos. Em dezembro de 1990, no VII Encontro do CONASEMS, em Fortaleza, Alceni Guerra, o Ministro da Saúde, reconheceu que os vetos foram decorrentes de

---

contínuo aumento nos votos e cadeiras obtidas para o Congresso, ainda que tal crescimento não tenha sido expressivo nos estados e municípios.

pressões da área econômica do próprio governo. Apesar de esse último ser considerado um *ministro collorido* (duas letras L em imitação ao nome do presidente Collor), ligado aos setores mais conservadores, ele juntou-se ao grupo que propôs uma reconsideração para o governo. Ou seja, não apenas os atores de movimentos sociais agiram para recompor o marco regulatório do SUS, já que também houve pressão interna tanto do Ministério, quanto das entidades representantes dos gestores subnacionais. Essa resistência foi capaz de fazer o governo recuar e publicar os artigos vetados numa nova lei – a Lei 8142/90.

Embora publicada, o governo federal relutou em colocar a Lei em prática. Como efeito de resistência, ganhou força a ideia de que a *municipalização é o caminho*[65]. À vista disso, o Grupo Especial para a Descentralização do Ministério da Saúde elaborou o documento "Descentralização do SUS: prioridade do Ministério da Saúde", em cujo conteúdo está presente o texto intitulado "Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei". Também nesse contexto de resistência da sociedade civil em conluio com atores que faziam parte do aparelho de Estado, surgiu a Gestão Semiplena, expressa na Norma Operacional Básica de 1993, resultante de um movimento de pressão em prol de uma autonomia municipal (Entrevistado 12).

Em 1993, na Câmara dos Deputados, criou-se a Frente Parlamentar da Saúde[66], a qual se tornou, pelo menos por um tempo, um espaço de permanente debate sobre as principais questões da política de saúde, relacionadas ao macrodirecionamento do sistema de saúde. Naqueles primeiros anos, essa Frente foi tomada como uma ilustração da capacidade do setor saúde congregar posições e interesses totalmente distintos em arenas comuns, mas com características que davam certa retaguarda aos defensores do SUS no Congresso Nacional (GERSCHMAN E SANTOS, 2006; PAIM, 2007; SANTOS, 2007).

---

65 Tema do VI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 1989, e da IX Conferência Nacional de Saúde, 1992.

66 No Brasil, a articulação de interesses setoriais no Congresso, em boa medida, dá-se a partir de frentes parlamentares, caracterizadas pelo multipartidarismo. De acordo com Cordini, 2010 (p. 241), elas "não são o produto de alguma fragilidade partidária, mas de uma configuração específica dos modos de relacionamento entre a atuação de grupos de interesse e o espaço político. Sendo assim, a participação em frentes parlamentares está diretamente associada às atividades de expertise e de politização de interesses organizados. Por outro lado, essa participação também depende diretamente das respectivas condições de inserção e dos trajetos sociais e políticos".

Apesar de lentas, algumas conquistas foram notadas nos governos de Collor e de Itamar, este substituto daquele após o processo de impedimento por corrupção. Em destaque, institucionalizou-se a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Portaria GM/MS 1180/1991), e depois as Comissões Intergestores Bipartite (NOB 93), e reconfigurou-se o Fundo Nacional de Saúde (Decreto 806/1993), que, dentre outras coisas, ganhou a função de zelar pela regularidade e exatidão das transferências de recursos do Fundo para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, considerados como algumas das *jabuticabas brasileiras* na organização do sistema de saúde brasileiro (Entrevistado 14).

Contudo, os primeiros anos da década de 1990 foram de ações mutiladoras da viabilização da proposta de fortalecimento do Estado no cuidado da saúde dos cidadãos. Para explicar a situação, é preciso primeiro recordar que o gasto federal com saúde, antes do SUS, era viabilizado pelos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). Para oferecer uma noção, a participação média dessa fonte era de quase 80%, o que indica a extrema dependência da política de saúde do comportamento das receitas do complexo previdenciário. Apesar da incorporação de uma nova contribuição social para a saúde – o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) – , ao utilizar basicamente os recursos do FPAS, durante os anos 1980, o financiamento da saúde tornou-se extremamente dependente da evolução das contribuições de empregados e empregadores (MARQUES E MENDES, 1999). Aconteceu que, logo em seguida à promulgação da nova Constituição, as necessidades de financiamento dos benefícios previdenciários, que cresceram com a universalização do direito e a adoção do salário mínimo como piso para o seu valor, fizeram que a disputa entre a previdência social e a saúde pública pelos recursos da seguridade social se acirrasse.

Assim, embora a determinação da Constituição consignasse que, obrigatoriamente, a base de cálculo do orçamento do SUS deveria se constituir com o conjunto de todas as contribuições sociais, o que incluía a maior delas, que é o recolhimento da folha de pagamento empregado/empregador, o ocorrido foi que os 30% da seguridade social para a saúde não foram cumpridos em nenhum momento. Disposto no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), em 1993, o Ministério da Previdência, sob o comando de Antônio Britto, unilateralmente, decepou do orçamento do Ministério da Saúde as contribuições sociais da base de

cálculo sobre o recolhimento da folha de pagamento. Naquela circunstância, o evento imediato foi uma solicitação de demissão do Ministro da Saúde Jamil Haddad. Então, “essas duas pancadas iniciais do financiamento do SUS – a não aplicação dos 30% e o corte da base de cálculo, pôs o SUS somente com ⅓, a metade do que era pra ser colocado pra ele” (Entrevistado 10), criando uma situação crítica de desfinanciamento logo nos primeiros anos da nova política, que obrigou de imediato o Ministério da Saúde a pedir empréstimo ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), o que foi objeto de permanente contestação e disputas dentro do governo. Em síntese,

> Eles deram para o Brasil o Sistema Único de Saúde com o perfil de que saúde é um direito de todos e obrigação do Estado, mas com a outra mão eles não deram o recurso correspondente necessário para você efetivar o sistema que estava posto na Constituição, portanto a questão dos subfinanciamento é um conflito que nasce com o sistema (Entrevista 9).

4.2.3 O conflito sobre a regulamentação da saúde suplementar

A literatura assinala três perspectivas que impulsionaram o tema da regulamentação da assistência à saúde privada no debate público: a econômica, a assistencial e a de ressarcimento do SUS. A primeira refere-se à defesa da regulamentação em consonância com o panorama internacional, adotado em âmbito nacional, de reforma do Estado. Essa perspectiva foi defendida pelo setor econômico do governo, particularmente pelo Ministério da Fazenda por compreenderem os planos e seguros de saúde como atividades econômicas que precisavam ser aperfeiçoadas e reguladas pelo Estado. A perspectiva assistencial, por sua via, refere-se a uma agenda pública que defendia os interesses dos consumidores e de médicos, os quais vinham se mostrando frequentemente insatisfeitos com a assimetria de poder em benefício das operadoras de planos e seguros de saúde. Por outro ponto de vista, provavelmente o mais tímido, a regulamentação era necessária para legalizar a obrigação das operadoras de planos e seguros de saúde em ressarcir o SUS, nos casos em que segurados viessem a usar a rede pública de serviços. Esse era um anseio de apoiadores do SUS, especialmente dos gestores que estavam submetidos a um cenário de escassez de recursos (BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2007). Essas perspectivas intercruzaram-se e

criaram uma multiplicidade de resistências e ataques difíceis de dissociar em termos reais, mas plausíveis de alguma generalização para efeitos instrutivos sobre a constituição do conflito político em volta desse tema.

Sobre a primeira perspectiva, é importante lembrar alguns conflitos entre os atores. Ainda na década de 1980, uma comissão de estudos interministerial – Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência e Ministério da Saúde – apresentou uma proposta de Decreto-lei ao Presidente Sarney, que, em seguida, encaminhou-a para o Congresso Nacional, à véspera da aprovação da CF-88[67]. Naquele momento, sob a liderança do Ministério do Trabalho, estipulou-se uma regulação que correspondia às expectativas das empresas de Medicina de Grupo, urgindo a autorregulamentação do segmento por meio de um órgão específico. No entanto, dado o avanço de forças progressistas no contexto de abertura política, o empresariamento da medicina era uma questão polêmica no Congresso Nacional. Com receios de rejeição do projeto de lei, a própria Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), principal interessada na matéria e com sinais de influência no governo, solicitou que o anteprojeto não fosse reapresentado no Congresso[68] (CECHIN et al., 2008).

Mesmo sem uma lei, em 1990, a ABRAMGE criou o Conselho de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo. No ano seguinte, o Deputado Reinhold Stephanes, ex-presidente do INPS e filiado ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), apresentou um projeto de lei – PL 657/1991, que dispunha sobre o exercício das atividades da Medicina de Grupo, estipulando que essas seriam exercidas exclusivamente por empresas brasileiras com personalidade jurídica de direito privado que se dedicassem à prestação de assistência médica e ou hospitalar, mediante planos de saúde pecuniários pré-estabelecidos, por serviços próprios ou credenciados (Art. 1 e Art. 2). A principal proposta, todavia, era a legalização do CONAMGE, o qual passaria a ser denominado de Conselho Nacional

[67] Todas as proposições que tinham sido apresentadas pelo Executivo antes de 60 dias da proclamação da nova Constituição, deveriam ser apresentadas no prazo estipulado de 30 dias após a promulgação da nova Carta. Esse era o caso daquele projeto.

[68] Esse PL também não obteve sucesso, sendo arquivado pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados em 1995. Passados poucos anos, essa associação acusou os atores favoráveis à constituição de um sistema universal de saúde, incorporados nas instâncias estatais – chamados de "burocratas esquerdistas" – de terem solapado aquela tentativa de regulamentação (ABRAMGE, 1991b:13 apud Bahia, 1999, p. 208).

das Empresas de Medicina de Grupo, além de ter personalidade de direito público e jurisdição em todo o território nacional (Art.3) [69].

Pela via das seguradoras, única modalidade regulada pelo Estado, a SUSEP, por meio da Circular nº 05/1989, detalhou aspectos conceituais e operacionais específicos para o funcionamento de seguradoras na área da saúde. A partir desta norma, garantiu-se a possibilidade de *livre escolha* dos segurados em relação aos prestadores de serviços, elemento esse que as caracterizava e era uma das principais queixas de usuários das demais modalidades privadas, mas foram estipuladas várias outras regras em benefício das seguradoras. O diferencial para impelir as seguradoras ao mercado foi permitir o *referenciamento*, cujo traço principal é a possibilidade de as seguradoras estabelecerem acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência médica, como já faziam outras modalidades. Ou seja, as seguradoras foram desobrigadas de atuar apenas por reembolso individual de despesas, o que favoreceu a ampliação da sua capacidade concorrencial (ALMEIDA, 1998; BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2007). Tal mudança apontou para a importância da interlocução que as seguradoras mantinham com o governo, apesar de elas serem o menor segmento entre as modalidades empresariais.

Descontente em ficar limitado à normatização e fiscalização das seguradoras, o Ministério da Fazenda, no Governo Collor, expôs sua vontade em ampliar a função regulatória da SUSEP para todas as empresas que comercializavam assistência à saúde. Esse interesse era justificado pela inexistência de controle sobre o aumento dos valores dos planos de saúde, os quais frequentemente desobedeciam às regras de congelamento de preço, bem como pela necessidade de enfrentar o problema da evasão fiscal na arrecadação do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), dada a natureza jurídica de filantropia de muitas das empresas médicas (CECHIN, 2008;). Com um olhar financeiro, foi fomentada a ideia de que o Estado deve intervir na dinâmica das operadoras. Nessa lógica, a defesa da contenção de custos e redirecionamento do *mix* público/privado para a

[69] A essa autarquia ficariam definidas as competências de registro, acompanhamento e fiscalização das atividades de Medicina de Grupo (Art.3, inciso 1º). Hostil às possibilidades de regulação estatal do segmento, a proposta definia que o referido Conselho seria composto por representantes titulares e suplentes de representantes das Empresas de Medicina de Grupo e custeado por contribuições mensais das empresas, além de taxas em razão da expedição de certificados de registro, doações e outras contribuições das empresas. Ao Poder Executivo caberia basicamente regulamentar a Lei e delegar o seu poder público à CONAMGE.

garantia dos direitos dos consumidores tornou-se saliente em relação à discussão cada vez mais incomum de direitos dos trabalhadores (ALMEIDA, 1999). Mediante essas intencionalidades, a ABRAMGE começou a acusar o governo de almejar transformar as empresas médicas em seguradoras, submetendo todas as modalidades às especificidades dessa modalidade, aumentando a monopolização e redução do escopo de produtos dispostos no mercado (CECHIN, 2008).

De acordo com Bahia (1999, p.251),

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

Uma prova disso foi o apoio de Almir Pazzianoto, ex-ministro do Trabalho (1985-1988) e Ministro do Tribunal Superior do Trabalho (1988-2002), que manifestou defesa à autorregulamentação, ao mesmo tempo em que desqualificou a assistência prestada pelo setor público e demonstrou a preferência do sindicalismo em ser atendido por planos privados de saúde:

> (...) como advogado sindical, vi nascerem os convênios médicos. Nenhum empregador com o mínimo de autoestima tem coragem de remeter um empregado ao INAMPS. E se o fizer é no mínimo desumano. Daí a importância do Conamge. Vai melhorar ainda mais os serviços já prestados pela medicina de grupo. Sua criação encontrou resistência no âmbito do executivo federal. Mas, agora a auto-regulamentação se imporá, pois é a medida democrática certa (ABRAMGE, 1991a apud BAHIA, 1999).

Pelo ponto de vista assistencial, o debate sobre a regulamentação veio em sentido totalmente oposto a qualquer discussão do tipo econômica. Essa foi uma discussão posta por entidades médicas e instituições de defesa de usuários/consumidores, que tanto contestavam as práticas de operadoras de planos e seguros de saúde, quanto impulsionavam a ideia de contensão do poder unilateral das operadoras. Por meio da ação desses atores coletivos, a questão da regulação ganhou visibilidade, tanto nos meios acadêmicos, profissionais e mídia, quanto na agenda governamental[70] (BAHIA, 1999; CARVALHO, 2003; MENICUCCI, 2007).

[70] Outros grupos associativos, representantes do setor privado, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Hospitalar do Estado de São Paulo (ALESP), a Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS) puseram-se a favor das empresas médicas.

O consenso da categoria médica em relação à necessidade de regulamentação foi constituído em razão de alguns motivos, dentre os quais: 1) tendência das empresas de medicina de grupo em criar meios de submeterem os médicos a trabalharem em condições típicas de assalariados, mas sem vínculos que garantam os direitos trabalhistas; 2) baixo honorário pago pelas consultas, exames e procedimentos; 3) interferência das empresas na conduta profissional, estipulando limites de dia de internação, número de consultas e exames (CAMPOS, 1988; CARVALHO, 2003). Ou seja, os médicos se viam submissos à racionalidade econômica das empresas em contextos de regras fragmentadas e tépidas. Nessas circunstâncias, a posição das entidades médicas mostrou-se ininterruptamente contra as pretensões de autorregulamentação das empresas de medicina de grupo[71], e a favor de ampliação do poder normativo dos próprios conselhos de classe.

Nessa direção, a Resolução nº 19, emitida pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), ainda no ano de 1987, sintetizou as principais proposições da categoria médica[72], cujo conteúdo afirmava o interesse em garantir a ampla liberdade para os pacientes e para os médicos em relação às empresas de assistência privada[73]. Incorporando premissas similares, em 1993, o Conselho Federal de Medicina (CFM) baixou a Resolução 1401. Essa obteve ainda maior impacto do que a primeira resolução citada, ainda que desprovida de constitucionalidade, por abranger todo o território nacional e todas as modalidades de operadoras de planos e seguros. Mais do que uma regulação efetiva, a medida provocou uma elevada mobilização em torno da questão (BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2007; SCHEFFER, 2006).

Por um lado, a Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e a Associação Médica Brasileira (AMB), além de órgãos de defesa do consumidor, como o PROCON-SP, apoiaram a iniciativa do CFM. Um exemplo disso foi uma

[71] No processo consulta CFM nº 1678/87, por exemplo, quando o Ministério do Trabalho consultou o Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre a criação do Conamge pela Abramge, o parecer foi veementemente contra e enalteceu um papel regulador dos conselhos de classe.

[72] Para justificar essa resolução, o Cremerj considerou normas que estabelecem os conselhos de medicina, federal e regional, como órgão supervisores da ética profissional (Lei 3268/1957; Decreto 44045/1958; Lei 6829/1980) e princípios da atividade médica, como o de que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta e não deve ser explorado por terceiros.

[73] O constrangimento ao não cumprimento das regras seria o cancelado do registro da empresa no conselho e a imposição de procedimento ético-profissional contras os diretores técnicos das empresas contratantes.

campanha para a coleta de assinaturas para transformar em lei a iniciativa do CFM, iniciada no ano de 1994 em uma manifestação no Viaduto no Chá, localizado em São Paulo. A Resolução do CFM tornou-se também objeto citado em decisões judiciais e em justificativas de proposições legislativas a favor dos consumidores. Outro efeito deu-se no âmbito de unidades subnacionais da federação. Esse foi o caso de São Paulo, quando o Governador Mário Covas, do PSDB, sancionou a Lei 9495/1997, oriunda de um Projeto de Lei de autoria de Paulo Teixeira (PT) (DE ANDREAZZI E KORNIS, 2003; SCHEFFER, 2006).

Em reação, a ABRAMGE, a Confederação Nacional de Santas Casas de Misericórdia do Brasil, a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS) e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) impetraram uma ação conjunta contra a Resolução 1401/93 do CFM. O Tribunal Regional Federal interveio, concordando que uma associação com atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática profissional não tinha a legalidade para submeter todo um setor econômico. A inaplicabilidade de resoluções de associações também foi ratificada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), quando a ABRAMGE conseguiu liminar contra a medida do conselho regional de medicina, que desobrigava as empresas de planos de saúde a cobrir o atendimento a todas as patologias no Estado de São Paulo (SCHEFFER, 2006).

Sobre o ângulo dos usuários, a temática da regulação ganhou atenção em virtude de inúmeros casos em que as empresas de saúde exorbitavam dos seus segurados. Diante dos problemas relativos ao cancelamento unilateralmente de cláusulas contratuais, a negação de procedimentos, os reajustes dos planos etc., os segurados ficavam em grandes desvantagens em relação às operadoras, e sujeitos a não terem o seu tratamento e ou diagnóstico coberto ou completo (CARVALHO, 2003). Para se ter uma ideia de como a questão era posta, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), após a análise de contratos estabelecidos entre empresas e beneficiários em 1993 e 1996, disse haver um “caos no setor”:

> Cláusulas leoninas, arbitrariedades e imposições de reajustes abusivos, eis a face da perversa relação entre fornecedor e consumidor no âmbito das empresas que operam com planos de saúde. A omissão do Estado e a imprescindibilidade dos serviços de saúde colocam milhões de consumidores sob a chantagem dos mercadores de plantões. São empresas que atentam contra a concorrência, com praticas comerciais uniformes, violam a ética médica em detrimento dos pacientes, exploram a insegurança da

> população através da milionária publicidade, conceituada depois como ‘custos médicos’, e ostentam o jogo bruto do poder econômico através de seus *lobbies*, no mercado de consumo e nas entranhas deste subserviente ‘Poder Público’ (...) (IDEC, 1996)

Esses problemas tornaram-se pautas constantes de movimentos sociais associados às patologias, como renais crônicos, diabéticos, AIDS, deficiências auditivas, visuais e físicas etc., bem como foram absorvidos pelas entidades de defesas de consumidores, como os Procon e o Ministério Público. De um modo geral, nessas associações e órgãos de defesa, o debate sobre a regulamentação privada foi guiado pela proteção constitucional ao consumidor (Art. 5). Nessas circunstâncias, previsto nas Disposições Transitórias da Constituição (art. 48), o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90) tornou-se um dos principais instrumentos contra os abusos das empresas médicas (CARVALHO, 2003).

Do ponto de vista dos gestores do SUS, a regulação dos planos e seguros de saúde era necessária basicamente pelo pleito das empresas tornarem-se obrigadas a ressarcirem os cofres do SUS, referente aos gastos dos serviços públicos com pessoas beneficiárias de planos e seguros de saúde. De acordo com Menicucci (2007), essa “era uma constatação de ocorrência de dupla cobrança ou de transferência para o SUS de pacientes que tinham contratos com planos de saúde, geralmente no caso da realização de procedimentos mais caros ou não cobertos contratualmente” (p.248).

Essa verificação de irracionalidade pouco remeteu a uma tentativa deliberada da aliança que defendia o SUS em esmiuçar os mecanismos que orientariam a assistência privada em função de uma gramática pública. Em grande medida, isso pode ser também interpretado novamente pelo fato de que a “área da Saúde Suplementar não era uma área de preocupação do nosso jargão aqui, vamos dizer assim, do movimento sanitário (...) diferentemente da regulamentação do SUS, nesta área não teve um papel protagonista pra regulamentar” (Entrevistado 1).

4.3 Síntese do capítulo

O papel do Estado brasileiro em relação às políticas sociais não é fixo. Inicialmente, o Estado assumiu o atributo de regular o conflito social em torno da “questão social”, basicamente por meio de uma posição normativa acerca de

iniciativas de ajuda mútua. Porém, ainda no início do século XX, o seu papel foi redefinido, dando-lhe um caráter de agente não apenas normatizador, mas também financiador e provedor de serviços, embora ainda pelo traço corporativista e já descumprindo algumas normas importantes – como a porcentagem do financiamento tripartite da previdência (Estado, empregadores e trabalhadores). Gradualmente, sob a guarda da aliança entre a tecnocracia previdenciária e o setor filantrópico e privado, o sistema de proteção social foi ganhando um viés liberal.

Sem dúvidas, as decisões governamentais para a prestação de assistência à saúde compuseram um enquadramento que fortaleceu o setor privado na assistência à saúde. Inicialmente, por meio das Caixas e, depois, dos Institutos de Aposentadoria e Pensões e INAMPS, o governo tendeu a incentivar a ampliação da cobertura para os trabalhadores, porém com uma desigual assistência prestada para cada categoria ocupacional e uma residual atenção para aqueles exclusos de relações formais de trabalho. Para atender à demanda crescente, duas foram as opções governamentais que alimentaram a constituição de um setor privado vigoroso: 1) a compra de serviços de prestadores privados para atender à clientela previdenciária, em particular naqueles serviços de maior custo, em detrimento da constituição de uma rede prestadora pública capaz de atender a uma demanda crescente; 2) estabelecer incentivos às instituições (públicas e privadas) para que se encarregassem da assistência de seus empregados, reforçando e estabelecendo diferentes modalidades de assistência privada.

Ao longo do tempo, decisões tomadas por governos diferentes e regulações específicas funcionaram como incentivos que reforçaram a direção privatista da política de saúde, contando para isso com o apoio de parte significativa da burocracia previdenciária, e evidenciando tanto o aprendizado institucional nesta área, como a existência de conexões entre atores internos e externos. Além disso, o próprio mercado desta área foi se fortalecendo, buscando progressivamente garantir seus interesses materiais e adaptando-se progressivamente às escolhas governamentais. Este processo se beneficia do contexto ditatorial militar, em que os governos prescindiam de resultados eleitorais, ficando livres para a consolidação do modelo privatista.

É possível identificar, portanto, que, quando iniciado o processo de mudança no interior das instituições previdenciárias, nas décadas de 1980 e 1990,

os atores defensores e encarregados de implantar o SUS tinham defronte de si um sistema de saúde baseado na tradição corporativa de assistência, em companhia de um setor privado estruturado, com atores organizados em entidades de interesse, e, particularmente, no caso dos planos de saúde, já autonomizado das políticas estatais. Esse era o legado que a trajetória da política de saúde oferecia aos que deveriam agora efetivar as inovações institucionais propugnadas constitucionalmente.

É inegável que o aparecimento de ideias e de iniciativas na direção dos princípios de universalismo e desmercadorização da saúde eram ousados para o país. Mesmo assim, definiram-se regras na direção de um sistema de saúde com forte teor de justiça social, facilitado pelo momento crítico que atormentava não só o setor saúde, mas também o país como um todo. Para a mudança jurídico-institucional, foi importante a conjunção de fatores, tanto exógenos (processo de democratização, crise previdenciária, conjuntura econômica, articulação de movimentos sociais, difusão de novas ideias), quanto endógenos (sanitaristas inseridos no aparato estatal, pequenas alterações no desenho institucional, desenvolvimento de uma cultura institucional favorável à ampliação da cobertura assistencial). Por isso, confere-se que a mudança jurídico-institucional advinda com a Constituição de 1988 foi impulsionada pela conjuntura crítica que instituiu uma "janela de oportunidade" favorável à inovação e à proposição de novo modelo para a política.

No entanto, como as instituições geram tensões em função de seus efeitos distributivos, a política de saúde é espaço para a expressão de interesses dos diversos atores imersos em sua dinâmica. Como os atores com diferentes recursos expressam suas motivações, bem como buscam atender seus objetivos, os resultados de mudanças são incertos – manutenção de regras ou criação de outras capazes de atender ideias e preferências de atores divergentes. Em situações de conflitos e limitações de informações, reduz-se severamente a possibilidade de antever todas as situações futuras (NORTH, 1990; STREECK E THELEN, 2005; THELEN, 2004). Por esse raciocínio, as regras do SUS mostraram-se imprecisas e ambíguas, sob os fortes conflitos de interesse, especialmente em relação ao financiamento e à participação do setor privado, gerando aberturas para reinterpretações e modos diversificados de aderência a estas. Como

desdobramento, os objetivos e instrumentos da política de saúde desenhada pelo movimento sanitarista e municipalista começaram a ser contestados, imediatamente após a sua inscrição, num contexto econômico e governamental avesso à universalização da saúde.

Embora o movimento sanitário tenha conseguido reverter o veto presidencial a partes importantes da Lei Orgânica da Saúde, especialmente naquelas em que previa a transferência de recursos federais aos fundos estaduais e municipais e a participação da sociedade nas Conferências e Conselhos, e tenha dado os primeiros passos rumos à implementação do SUS, a divisão de recursos entre as áreas da seguridade social e a aplicação mínima de recursos arrecadados pela União, estados e municípios continuou indeterminada. Em adição, quando o Ministério da Previdência não repassou para o Ministério da Saúde os recursos do Orçamento da Seguridade Social provenientes da Contribuição sobre Folha de Salário – a principal fonte arrecadatória da época –, uma crise se instalou no setor logo no momento crucial de definição da política. Portanto, desde o começo do SUS, ficou nítido o rompimento da lógica da seguridade social, demarcada constitucionalmente, e iniciou-se um curso de difícil reversão, caracterizado por permanentes conflitos distributivos intragovernamentais, iniciados por aquele entre Previdência e Saúde.

Nada obstante, o mecanismo de *dependência de trajetória* não se fixou apenas no período anterior ao processo de definição do SUS, quando, de fato, se estruturou uma política de saúde com fortes traços mercantis. A partir do momento em que as regras foram alteradas, estabelecendo-se um novo modelo para a política de saúde, é possível observar que as decisões governamentais iniciais geraram uma rota de implementação fortemente marcada pela ausência de recursos e por decisões de difícil reversão, como uma ênfase na descentralização da política a despeito de uma política de regionalização – essencial para a viabilização de qualquer sistema de saúde, especialmente com a complexidade territorial brasileira. Somado a isso, os empreendedores que se mobilizavam para uma política universal da saúde abstiveram-se de dar atenção às questões do setor de planos e seguros de saúde, o qual ficou à deriva, sem regras, a despeito da preocupação das entidades médicas, de consumidores e da Fazenda. Como se verá, ante a desatenção dos formuladores e gestores do SUS, o desmembramento do setor de

planos e seguros privados levará a uma trajetória duplicada da política de saúde, quando se instituirá uma Lei própria da Saúde Suplementar e a criação da Agência Nacional de Saúde, ambos definidos no contexto do governo FHC.

5. A POLÍTICA DE SAÚDE NO GOVERNO FHC

As inovações institucionais propugnadas pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde apresentavam o potencial de alterar o modelo vigente até então. No entanto, logo nos primeiros anos pós-Constituição ficaram claras as limitações à sua implantação, relacionadas ao contexto sociopolítico e econômico e às dificuldades institucionais para a sua efetivação. Se, por um lado, a dualidade da política de saúde é marcada pela dependência de escolhas prévias ao SUS, por outro, ela se institui e se consolida no cenário político brasileiro mais recente. Para mostrar as evidências desse argumento, este capítulo é destinado à investigação de decisões tomadas no período em que o país foi dirigido por políticos do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB. Nesta parte da tese, busca-se compreender os mecanismos que incidem na dualização da política de saúde, por conseguinte de continuidade da mercadorização do direito, não obstante os avanços do SUS. Para isso, busca-se a conexão de fatores (o legado, as regras e os atores) no contexto peculiar do governo FHC.

O capítulo está distribuído em duas partes. A primeira trata especificamente do contexto político-institucional que caracteriza o período, considerando a trajetória do partido, as propostas de mudança sugeridas pelo governo FHC, as alianças de apoio constituídas em torno dessa gestão e algumas polêmicas acerca do impacto das medidas daquele período nas políticas sociais definidas na Constituição de 1988. A segunda parte busca oferecer evidências quanto à consolidação da dualidade da política, considerando três variações ministeriais – Ministros Adib Jatene, Carlos Albuquerque e José Serra – dado que ministros tanto constroem agendas setoriais próprias, quanto devem conduzir questões específicas da agenda presidencial. Para isso, foram observadas decisões acerca do financiamento do SUS e da regulamentação/regulação da saúde suplementar.

5.1 Governo FHC: inovações que limitam o papel do Estado

Há várias versões sobre as razões para um grupo de parlamentares do PMDB optarem em criar o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Uns reforçam questões ideológicas, deflagradas por alguns fatos, dentre os quais a substituição da candidatura de Mário Covas a vice-governador do estado de São Paulo pelo senador Orestes Quércia, em 1982, e a discordância acerca da prorrogação do mandato presidencial para cinco anos, que de imediato aumentaria o mandato de José Sarney (SANCHÉZ, 2003; KINZO, 1993). Também se fala que os parlamentares dissidentes possuíam um discurso de centro-esquerda, caracterizado pela defesa do parlamentarismo e de políticas redistributivas (KINZO, 1993; NOVAES, 1994; RODRIGUES, 2002). Isso explicaria a diversidade interna do PSDB em sua origem, inclusive tendo a adesão, pelo menos até o ano 1990, do Movimento de Unidade Progressista (MUB), o qual conseguiu influenciar decisões que acentuavam uma nervura socialista no partido (ASSUMPÇÃO, 2008). Somente depois, a ação pragmática voltada ao sucesso eleitoral teria tornado o PSDB um partido *catch-all*, ou seja, que, para evitar pagar os altos custos das derrotas, optam em captar votos onde for possível para chegar ao governo (MAYER, 2011). Por outra via, outro argumento apregoa que o que melhor explica a origem do PSDB é a sua orientação pragmático-eleitoral (ROMA, 2002; 2006). Neste último sentido, o principal fator para a origem do PSDB foi um grupo de deputados e senadores ter se unido para ampliar os seus espaços de poder, visto que eles se percebiam alijados de recursos do Governo Federal, além de terem calculado que, ao mesmo tempo em que as suas chances de concorrer a cargos do Executivo eram restritas, face ao poder de outras lideranças do PMDB, havia a oportunidade de ocupar um espaço ao centro do espectro político, formado pelo desgaste crescente do presidente Sarney (ROMA, 2002; 2006).

O argumento de Dulci (2010) tenta uma conciliação entre as explicações sobre a origem do PSDB. Para ele, sendo Fernando Henrique Cardoso um dos principais expoentes, além de outros intelectuais e parlamentares respeitados ligados ao partido, seria, no mínimo, um equívoco considerar que a fundação do PSDB foi apenas uma operação política de natureza pragmática – desde o seu início, o PSDB teria apresentado a sua vocação liberal alicerçada nas classes

médias e com o projeto político de comandar o país. Ao mesmo tempo em que não se pode deixar de notar que, sendo um "segundo time" de parlamentares do PMDB, é claro que os atores que se uniram para a criação de uma nova legenda teriam agido por questões práticas (organização partidária, eleições, cargos, etc.).

No decorrer da história deste partido político, contudo, há menos discordância sobre a sua posição ideológica, sendo residuais as leituras acadêmicas que lhe tratem como um partido socialdemocrata – termo escolhido para nomear a sigla partidária. Uma exceção sugere que o PSDB, sob o comando de FHC, denotou uma experiência de "modernização" da socialdemocracia, que não se conformou verdadeiramente pelo núcleo essencial da política de terceiro caminho (t*hird way*)[74], e mostra a viabilidade dos partidos socialdemocratas em contextos de "mercados emergentes" inseridos numa economia mundial globalizada (POWER, 2000). De outro modo, há quem defenda que o PSDB tomou à risca a proposta da terceira via de Anthony Giddens para difundir e programar uma reforma do Estado brasileiro que intencionou o estabelecimento de novas relações entre o Estado e a sociedade civil, cuja consequência é a garantia da reprodução ampliada de setores hegemônicos do capital em detrimento da melhoria das condições de vida das classes trabalhadoras[75] (GUIOT, 2006). Em geral, acredita-se que a orientação programática do PSDB, se não desde o início, logo depois, tornou-se predominantemente liberal, voltada para a desregulamentação da economia, abertura econômica ao capital estrangeiro e privatização das empresas estatais (ROMA, 2002; 2006).

Numa aliança de centro-direita com o PFL e o PTB para pleitear a eleição de Fernando Henrique Cardoso, em 1994, segundo Melo (2007), o PSDB definitivamente estabeleceu o seu espaço. Ainda para esse autor, o PSDB assumiu o papel que o PMDB havia cumprido na transição para a democracia, ou seja, operar a partir do centro do sistema partidário e amortecer as tendências à polarização. Naquele momento, mesmo que tenha havido tensão entre os atores com capital político no interior da organização (KERBAUY E ASSUMPÇÃO, 2012),

[74] A proposta da terceira via propunha uma posição intermediária entre social democracia e neoliberalismo. Para uma visão positiva, ver Power (2000). Para uma crítica, ver Navarro (1999), o qual afirma ser uma proposição limitada, por ser uma versão da democracia-cristã (que não é antiestatal, mas preconiza uma "sociedade de bem-estar") com um verniz de Partido Liberal (quase sempre os fundamentalistas de mercado).

[75] Assim sendo, a proposta de "radicalização ou democratização da democracia", defendida de forma mais enfática no segundo mandato, precisa ser entendida como estratégia de fincar as bases da hegemonia neoliberal na moldura da terceira via.

viu-se a desinibição de muitas lideranças em defender programas com cunho neoliberal e a facilidade de consolidar aliança política com partidos de direita para as disputas eleitorais e legislativas (ROMA, 2002).

O programa intitulado *Mãos à Obra, Brasil*, de 1994, disse querer mudanças para o país. Ao se criticar o capitalismo nacional, que tinha no Estado seu avalista e mentor, argumenta-se que a ideologia nacional-desenvolvimentista teria tido sentido em seu tempo, mas seria inadequada para o país desde a década de 1970, quando se deram as transformações internacionais rumo à globalização e quando se agravaram a dívida externa e a alta inflação, frutos daquele modelo. Sendo assim, não haveria mais como manter a lógica de financiamento do desenvolvimento, nem suportar as contradições e atrasos sociais frutos daquele "modelo defasado". Em alternativa, propôs-se um novo modelo de financiamento, no qual haveria captação de recursos externos e internos, bem como ampliação do gasto público com eficácia e diminuição do desperdício. As receitas seriam ampliadas por meio do aceleramento do processo de privatização, que, em sua maioria, ocorreria na área de infraestrutura. Havia também a expectativa de atingir um nível adequado de reservas internacionais e atrair investimentos, os quais, em parte, seriam usados para a criação de um Fundo de Financiamento do Desenvolvimento, gerido pelo Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES). Nessa linha, o mercado de capitais seria impulsionado, com a reformulação do sistema privado de previdência complementar, de modo a permitir a mobilização da poupança nacional privada para o financiamento de longo prazo. Visava-se, ainda, investir em um mercado internacional de capitais; ampliar os recursos vindos de organismos internacionais e agências bi e multilaterais de crédito; e criar regras estáveis e claras para o mercado estrangeiro, ampliando sua liberdade.

Acusando o Estado brasileiro de clientelista e esclerosado, o plano de reestruturação era diminuir o gasto com pessoal, ao mesmo tempo em que se fortaleceria a burocracia (qualificação e redistribuição dos servidores e funcionários, incentivo ao concurso público e definição de planos de carreiras e salários, produtividade como critério de promoção). Por outra via, se queria a simplificação e redistribuição da estrutura dos tributos, com estímulo aos investimentos e à produção, no sentido de gerar mais receita e sanear financeiramente o Estado. Quanto à previdência social, alegou-se que renovações estruturais assegurariam a

concretização da seguridade, conforme inscrito na Constituição Federal, e sanariam os problemas oriundos da crise fiscal e financeira do Estado. As novas regras deveriam abranger o setor público e privado, de jeito a assegurar a viabilidade econômico-financeira e corrigir as iniquidades distributivas[76]. Afora isso, a promessa era de que parte dos recursos do orçamento da União seria destinada para a recuperação dos gastos na área social.

Passadas as eleições e já no poder, o próprio presidente Cardoso situou o seu governo entre duas dimensões de transição: 1) a político-institucional para a democracia, na qual ele dizia que sua eleição era o fato que a findava; 2) a de transformação do Estado, para além da herança de Vargas, visto ser isso uma inevitabilidade, em razão do cenário internacional de mudança e da crise interna. Dizendo que o mundo havia mudado, e o Brasil não, FHC ratificou querer alterar as relações entre poder político, sociedade e economia, remanescentes do passado. Em outras palavras, o *modus operandi* do Estado deveria ser alterado, pois dizia que esse, ao assumir o papel de patrocinador do desenvolvimento, havia deixado uma herança de crise fiscal e de estrutura administrativa pesada pela inclusão de interesses privados[77] (ABRUCIO E LOUREIRO, 2002; SALLUM JR, 1999).

Com a autorização do parlamento para FHC concorrer sequencialmente a novas eleições, o programa de governo *Avança, Brasil,* apresentado em 1998, foi uma ratificação de propostas anteriores com o argumento de que a "reeleição é a melhor garantia de que não haverá retrocessos*"* (CARDOSO, 1998, p.1)*.* Dado que a estabilidade econômica não era mais um problema central, a novidade do programa foi dar o lugar de prioridade governamental ao crescimento econômico. Outro elemento novo foi uma maior ênfase ao conceito de desenvolvimento sustentável e na geração de empregos, um dos principais problemas do governo FHC, tanto no primeiro, quanto no segundo mandato. Sobre os processos de

[76] O primeiro programa de governo de FHC também expôs a necessidade de um tipo de gestão da previdência, de modo a modernizá-la, informatizá-la, democratizá-la e profissionalizá-la; assim como patenteou a reformulação do sistema privado de previdência complementar, que poderia impulsionar o mercado interno de capitais, isto é, esses fundos privados seriam uma fonte de recursos a ser explorada pelo governo.

[77] FHC utiliza o conceito de "anéis burocráticos", aproximando-se da leitura de Raymundo Faoro sobre os estamentos burocráticos, no qual criticou as alianças entre os interesses de uma elite econômica e a tecnocracia estatal. Para ele, essas últimas tendiam a justificar as políticas públicas por critérios meramente técnicos, criando "ilhas de racionalidade" no aparelho do Estado. O problema, entretanto, seria que, por detrás dessa racionalidade administrativa, criavam-se os meios de inclusão de interesses privados no seio do Estado, garantindo a continuidade de práticas clientelistas que, por conseguinte, permitiam o suporte político para a ação governamental.

privatização, que ganharam ainda mais fôlego, o programa referia-se à aprovação de novas legislações sobre a concessão de serviços públicos para o setor privado e acerca da regulamentação de setores econômicos. Nas palavras do próprio FHC, “é preciso fazer as reformas para colocar o Estado em uma condição mais enxuta, para poder funcionar” (SALLUM Jr, 1997, p.15). Em geral, o discurso de continuidade recorreu à incompletude das reformas iniciadas no primeiro governo, como as reformas da previdência e a fiscal, e a importância de solidificá-las (ADORNO, 2003).

No que tange à proteção social, o documento chamado *Uma estratégia de desenvolvimento social* (Brasil, 1996) especificou que “a política social proposta pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso tem como objetivo caminhar tanto quanto possível, na direção dos ideais de uma sociedade de bem-estar” (p.19). Para isso, assinalou três condições necessárias: 1) consolidar e garantir a estabilidade macroeconômica; 2) promover a reforma do Estado, da administração e a reforma tributária e 3) reestruturar os serviços sociais básicos. Sobre os serviços públicos, acrescentou a necessidade de universalizar o acesso, aumentar a eficiência e a eficácia, bem como melhorar a qualidade da prestação de serviços. Afirmou-se, por exemplo, o interesse no desenvolvimento de uma política nacional de transferências de renda, assegurando e conjugando os diferentes programas federais existentes; preconizou-se um atendimento exemplar ao público nos serviços sob a supervisão direta do governo federal; e falou-se em ações de combate à pobreza e melhoria da qualidade de vida na periferia das médias e grandes cidades.

Genericamente, as propostas de governo proferiram que o “sentido geral da mudança – o grande objetivo com o qual os demais se alinham – [é] a inclusão dos excluídos” (1998, p.1). A justificativa central para várias alterações constitucionais e na ordem econômica seria, portanto, a defesa da igualdade; contra a fome, a pobreza e a desigualdade. Por isso, seria preciso constituir um “Estado com outro perfil, mais ágil, mais eficaz e mais forte em seus novos papéis” (1998, p.2). Ademais, ressaltava a descentralização das ações do Estado, bem como a participação e as parcerias (público e privado) na gestão desses serviços.

Nesse aspecto, a ideia central era a de que o Estado deveria realizar diretamente apenas um conjunto de atividades, identificadas como exclusivas (definir as leis do país, impor a justiça, manter a ordem, defender o país, representar

o país, arrecadar tributos, regulamentar as atividades econômicas, fiscalizar o cumprimento das leis). Assim, a área social e científica não poderia ser entendida como atividades típicas de Estado, porém, por envolver elementos do "interesse geral", de universalização, também não podia prescindir de ação governamental. Ou seja, não havia razão para que as atividades de proteção social remanescessem dentro do Estado, monopolizadas, mas também não deveriam ser privatizadas, como no caso das atividades de produção e bens de serviço para o mercado. Portando, se queria uma "publicização" dos serviços sociais, cujo sentido era o de transferir a execução para o setor público não estatal. O que significava, em termos das formas administrativas dispostas, fomentar agências reguladoras e outras modalidades de gestão em parceria com o setor privado (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Sobre o suporte político para essas intenções, destacam-se os efeitos da estabilização econômica, a aliança com o setor do capital e a coalizão parlamentar. Sobre o primeiro ponto, salienta-se que os resultados das medidas de contenção da inflação deflagradas ainda no Governo Itamar Franco geraram o clima político que contribuiu para o experimento das principais ideias expostas no programa de governo de FHC. O Plano Real ganhou o significado de conjuntura crítica que facilitou a inserção internacional orientada para o mercado; a repactuação sociopolítica; e uma nova ordem político-institucional que encontrou no presidencialismo de coalizão uma força importante para as mudanças[78] (COUTO E ABRUCIO, 2003). Assim, o sucesso na contenção da desmedida inflação facilitou um ambiente de apoio popular e político favorável à continuidade das premissas de estabilização monetária e de reformas administrativas e fiscais (FIORI, 1995; SALLUM Jr, 1999; LOUREIRO E ABRUCIO, 2002; IANONI, 2009).

Com uma ampla aliança política, o Executivo nacional também soube mobilizar recursos de poder permitidos pelas regras institucionais. A vitória da coligação PSDB, PFL e PTB nas eleições de 1994, em primeiro turno, representou uma aliança de centro-direita, exacerbadamente majoritária no Congresso Nacional, que depois se somou ao apoio do PMDB e do PPB (FIGUEIREDO E LIMONGI, 2001; ROMA, 2002), com importante base de apoio nos estados da federação, bem capitaneada pela liderança política de FHC (LOUREIRO E ABRUCIO, 2002). Para

[78] Governos de coalizão são frequentes no presidencialismo latino-americano (AMORIM NETO, 1998).

garantir as bases de apoio parlamentar a partir de um elevado uso do aparato institucional, o governo FHC utilizou a estratégia de distribuição de cargos no Executivo. Tal tática foi permitida pelo contexto político-institucional brasileiro, em que o presidencialismo é uma das principais variáveis, se não a mais relevante (FIQUEIREDO E LIMONGI, 1999a, 1999b). Nos dois governos de FHC, o presidente não mediu esforços na utilização dessas prerrogativas de controle e delegação de poderes e responsabilidades entre os seus aliados. A participação de lideranças e de partidos aumentou o acesso a recursos, influência e, portanto, o interesse dos partidos no sucesso do governo, o que garantia não apenas maior empenho nas funções burocráticas assumidas pelos políticos, mas também apoio às propostas legislativas (FIQUEIREDO E LIMONGI, 1999b; LOREIRO E ABRUCIO, 1999). Além disso, o presidente criou uma equação que lhe permitia manter, dentro da hierarquia institucional prevista, um maior controle sobre suas determinações gerais. Para isso, foi crucial a constituição de um gabinete forte, que não abdicou da dimensão política em detrimento da técnica, formado por três ministérios diretamente ligados a questões econômicas – Fazenda, Casa Civil e Planejamento, como também a inclusão de pessoas estratégicas nos demais ministérios (LOUREIRO E ABRUCIO, 1999).

Tal enquadramento possuiu diferentes impactos ao longo do tempo, no que diz respeito à capacidade de imprimir mudança nas regras. É certo que o governo contou com elevada sustentação parlamentar, equivalente a cerca de três quartos das cadeiras do Congresso Nacional, no primeiro mandato. Porém, após a reeleição, a coalizão de apoio enfraqueceu-se até uma grande desagregação entre os partidos. Para isso, alguns fatores parecem ter sido chave, como a crise cambial, o baixo desempenho econômico do país e a impopularidade do governo, que deixou os parlamentares menos preocupados em defendê-lo, bem como os conflitos entre PMDB e PFL pela liderança no Senado (COUTO E ABRUCIO, 2003). Todavia, mesmo com esse declive no apoio, pode-se afirmar que as forças partidárias de centro-direita permaneceram presentes em todos os governos de FHC, criando um acabamento institucional ao processo sociopolítico de institucionalização de proposições liberalizantes (IANONI, 2009; SALLUM JR, 1999; FIGUEIREDO E LIMONGI, 2001).

Com esse programa e com essas alianças, é fácil supor que uma terceira base de sustentação governamental adveio também dos atores do mercado financeiro. Para Teixeira e Pinto (2012), constituiu-se uma solidariedade ideológica e de interesses entre o mercado financeiro doméstico e o mercado financeiro internacional. Este último, aliás, não diferentemente ao que sucedia em outros países da América Latina, demonstrou permanentemente o seu apoio por meio de instituições-chave do sistema financeiro internacional, como o Banco Mundial e o FMI, cuja relação de troca com os países periféricos exigiu a adoção de políticas ortodoxas pelo Brasil. Como as ameaças de fuga de capital e crises cambiais demarcaram a vida econômica brasileira até o início dos anos 2000, esse apoio na verdade representava a alienação de um elevado poder aos atores do capital. Aliás, o estudo empírico de Guiot (2006), além de identificar um conjunto de pessoas vinculadas ao setor financeiro que participam das formulações do partido sem vincular-se formalmente com o PSDB, mapeou que cerca de cinquenta dirigentes que ocuparam lugares centrais nas comissões executivas do PSDB estavam ligados à rede de grandes bancos nacionais, estrangeiros e de bancos de investimento, incluindo dirigentes da Federação Brasileira de Bancos e da presidência da Associação Nacional de Bancos de Investimento. O fato é que nem os setores vinculados à indústria, nem os trabalhadores tiveram peso programático no PSDB e no Governo de FHC.

Com essa configuração de apoio, o que foi possível alterar na política econômica e social brasileira? De forma breve, pode-se afirmar que, pelo ângulo macroeconômico, a estabilização econômica foi um sucesso apenas em termos. Por certo, a inflação não voltou a entrar na pauta de problemas centrais, mas, para isso, houve um custo que refletiu em um parco crescimento econômico[79], que não foi elevado nem com a oportunidade de um segundo mandato[80]. A opção de uma

[79] Em 1994, o PIB havia crescido 5,8%. Em 1995, essa taxa cai para 4,2%. Nos três anos seguintes, o crescimento foi ainda menor, respectivamente de 2,2%, 3,4% e 0%. Em 1999, o crescimento foi quase nulo (0,3%), tornando-se expressivo no ano seguinte, especificamente 4,3% em 2000. Porém, nos dois últimos anos do Governo de FHC, as taxas modestas eram de 1,3% e 2,7%, respectivamente (IBGE, ano).

[80] Couto e Abrucio (2003) destacam três das dificuldades para o retorno do crescimento: 1) a crise energética de 2001, que forçou a redução da atividade econômica (tal crise estaria associada às iniciativas de privatização e regulação, inapropriadas para o setor elétrico, e inexistência de uma pró-atividade do governo em prever e atuar sobre o problema; 2) o predomínio da visão fiscalista que, se por um ângulo foi positiva para as reformas fiscais e melhoras no superávit primário, tornou-se um obstáculo para a política industrial e de auxílio à exportação; 3) o enfraquecimento das bases políticas do governo.

abertura comercial associada à “âncora cambial” (emparelhamento do Real ao Dólar americano), com sobrevalorização da moeda, gerou a inevitável elevação das taxas de juros. Ademais, com juros altos, todas as iniciativas de cortar os custos do Estado (que não foram poucas) foram subtraídas, com consequente elevação da dívida pública[81], ainda no primeiro governo FHC, verificando-se o desestímulo à produção e ao investimento no país, bem como o desemprego[82] (VIANNA, 2012; FAGNANI, 1999; SALLUM Jr, 1999).

Quanto às reformas constitucionais – agenda perene do governo FHC – houve elevada capacidade do Executivo de imprimi-las. Para oferecer uma ideia, dezesseis emendas constitucionais foram aprovadas no Congresso Nacional, além das diversas medidas provisórias que outorgavam grande poder de decisão ao Executivo. As cinco primeiras emendas do período FHC eram todas referentes à desregulamentação dos mercados, à desestatização e à abertura econômica. Em 1996, quatro se destacaram pelo alívio fiscal que ofereceram ao governo. A reeleição presidencial e as reformas administrativa e previdenciária foram impressas em 1997, no caso da primeira, e em 1998, no caso das duas últimas. No caso das reformas fiscais, conseguiu-se aumentar a carga tributária, conforme pretendido no programa de governo, no entanto sem alterações radicais no que diz respeito à característica regressiva do sistema fiscal (LOUREIRO E ABRUCIO, 2002). Em termos de reformas administrativas, evidenciaram-se êxitos das propostas governamentais. Em destaque, aprofundou-se a descentralização e acentuou-se o papel coordenativo da União, criando novos mecanismos de relações intergovernamentais, especialmente no que se refere à gestão fiscal e à transferência de responsabilidades de políticas públicas para as unidades subnacionais (ABRUCIO E LOUREIRO, 2002). O Governo de FHC conseguiu ainda, com certa facilidade, avançar na reorientação da máquina pública, com demissões de funcionários, terceirizações, ajustes de salários, e investimento de algumas

[81] Entre 1994 e 2002, a dívida pública subiu de 30% para 55,5% em relação à percentagem do PIB.

[82] Sob os efeitos da abertura da economia, empresas sentiram o impacto da necessidade de competir, e aceleraram o processo de reestruturação produtiva. Em uma economia aberta e competitiva, e menos mediada pelo Estado, tornaram-se mais tensas as relações entre governo e sindicalismo, e as negociações entre empregado e empregador. As mobilizações e as paralizações começaram a ter resultados mais incertos e as reivindicações trabalhistas mais difíceis de obter. Assim, com o modelo econômico adotado, as metas de privatização e o incentivo a livre negociação trabalhista, a força de barganha dos trabalhadores tornou-se mais frágil em um contexto de elevação progressiva das taxas de desemprego (MARTINS E RODRIGUES; SALLUM Jr).

carreiras estratégicas do serviço público federal (COSTA, 2000). A inversão da lógica de planejamento central e investimento estatal para a lógica de incentivo de autarquias, cuja função primeira foi procurar a garantia da presença de mercados competitivos, foi outro ensejo conquistado com certa facilidade[83] (METTENHEIM, 2003). A reforma previdenciária, porém, enfrentou mais resistências[84]. Após várias derrotas do governo no processo de aprovação, com alterações na versão da propositura original, a vigésima Emenda Constitucional foi aprovada apenas em 1998 (MARQUE et al., 2003; LOUREIRO E ABRUCIO, 2002).

No campo da proteção social, identificam-se duas compreensões díspares acerca da equação constituída entre as relativamente recentes determinações constitucionais e a agenda federal de FHC. Uma delas interpreta que a agenda minimalista dos condutores do ajuste econômico, cujo entendimento era o desenvolvimento de uma proteção social focalizada, não vetou a orientação constitucional de universalizar e aumentar a equidade, originadas na transição democrática, apesar de algumas limitações. A despeito do ajuste econômico, o governo FHC teria avançado na institucionalização de um sistema de proteção social no Brasil, com inovações na área social, com a criação de programas não-contributivos de assistência social: Bolsa-Escola, Erradicação do Trabalho Infantil, Bolsa-Alimentação, Auxílio-Gás, Agente Jovem, Programa de Saúde da Família, Programa de Apoio à Agricultura Familiar. Assim, a agenda das políticas sociais teria respondido às falhas na alocação dos gastos sociais nos grupos mais pobres e vulneráveis. O governo e sua orientação macroeconômica não teriam se configurado

[83] Entre 1995 e 1998, diversas leis complementares e medidas provisórias foram concebidas e aprovadas para concluir as privatizações e garantir a competição no mercado, com a entrega de setores que antes eram atendidos por serviços da administração direta aos cuidados de inciativas privadas. Além disso, o Estado transformou-se naquele que garante algumas condições de mercado por meio de sua ação normatizadora. Nessa direção, a criação de agências específicas de regulação tornou-se um dos principais artifícios. Assim surgiram a Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel), a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), a Agência Nacional do Petróleo (ANP), sendo que essa substituiu o monopólio da Petrobrás, por meio de novos mecanismos de concessão, privatizações e *joint-ventures* (METTENHEIM, 2003).

[84] A proposta de reforma da previdência também interferia na política de saúde, por alterar artigos relacionados ao financiamento e às relações intergovernamentais, ampliando o poder do governo federal. Para oferecer uma noção, propunha-se incluir no Artigo 61, § 1º, da CF, que dispõe sobre as iniciativas de Leis, o custeio da Seguridade Social como uma iniciativa de caráter exclusivo do Presidente da República. Outro exemplo de proposta do governo era alterar o Artigo 195, que trata do financiamento da Seguridade Social. Nesse caso, deixaria de dispor, explicitamente, que o orçamento da Seguridade Social deve ser elaborado de forma integrada com os órgãos responsáveis, reforçando a suspeita de se abandonar o conceito de Seguridade Social, transferindo para as áreas de Planejamento e Economia a elaboração e gestão das propostas orçamentárias das áreas.

como um impedimento à agenda de reestruturação do sistema de proteção social, apesar do conflito que ela significou (ALMEIDA, 2004; COSTA, 2009; DRAIBE, 2003) ou mesmo a atuação estatal teria sido marcada por uma diversidade de respostas*,* "de modo que se a política cambial, em certo momento, adotou uma crença absoluta nos fluxos de capitais como salvadores da pátria, as medidas na área de Saúde, peça-chave de qualquer *Welfare State*, estiveram bem longe do neoliberalismo" (COUTO E ABRUCIO, 2003)*.*

Outras leituras não compartilham do mesmo otimismo. Pela compreensão de Cohn (1999), naqueles anos consolidaram-se duas lógicas de articulação das políticas sociais com a dinâmica econômica: em um extremo, a proteção de caráter diretamente contributivo, baseada na capacidade econômica dos sujeitos; no outro lado, os benefícios sociais, financiados com recursos do orçamento fiscal e com caráter redistributivo. Nessa dualidade, como o caso da saúde vem corroborar, a trilha da universalização mostrou-se constantemente limitada, desviando-se da perspectiva socialdemocrata da Constituição de 1988. Para Fagnani (2009), a dissociação entre os objetivos econômicos e sociais teria chegado a um paroxismo, marcado pela convergência da exclusão social com a supressão de direitos e a fragilização da capacidade de intervenção do Estado via políticas sociais. O argumento comum é de que a estratégia ortodoxa no campo econômico, que estabeleceu o objetivo central de inserir o Brasil no cenário dominado pela globalização financeira, com a recusa de ampliar o papel do Estado enquanto regulador social, restrito a políticas sociais focalizadas nos mais pobres, trouxe consequências danosas ao desenvolvimento e à inclusão social (COHN, 1999; COSTA, 2002; FAGNANI, 2009; FLEURY, 2009; LOBATO, 2009; VIANNA, 2009).

Enfim, mediante esse contexto político-institucional e às polêmicas sobre o impacto da agenda de cunho neoliberal nas políticas sociais, cabe a este trabalho compreender a dualidade da política de saúde brasileira. Adianta-se que a análise em profundidade nessa arena particular, conseguiu captar elementos importantes para refletir sobre a interação entre política e política pública, e, em especial, sobre o papel das lideranças do Ministério da Saúde. Tais resultados estão sem dúvidas entrelaçados com o contexto político-institucional, mas há variações incrustadas no desenrolar do conflito político.

5.2 A política de saúde no programa governamental

O programa de governo de 1994 – *Mãos à Obra, Brasil* – definiu a saúde como uma das "metas prioritárias do governo"[85], assentindo alguns "avanços recentes": universalização do acesso por meio da criação do SUS; início do processo de municipalização dos serviços; e participação democrática da comunidade por meio dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde. No que se refere ao perfil epidemiológico, o programa destacou a erradicação da paralisia infantil; a redução da incidência de algumas doenças virais (sarampo, coqueluche, difteria e tétano); e os resultados de políticas de imunização e de controle de outras doenças. Mas, apesar desses progressos, dizia-se necessária uma transformação mais profunda no sistema de saúde:

> A crise da saúde é inegável. Sua face visível – hospitais sucateados, profissionais em greve, pacientes jogados em macas nos corredores, falta de material e medicamentos – esconde a falência de um modelo voltado predominantemente para a cura e o tratamento de doenças. Isso leva à crença de que a crise é devida, apenas, às deficiências no atendimento médico-hospitalar (CARDOSO, 2008, p.65).

A premissa desse documento era de haver uma crise estrutural no setor, resultado das condições de saúde relacionadas à pobreza, ao envelhecimento da população, aos processos de urbanização, ao crescimento das doenças crônicas etc. Nenhuma ação governamental seria eficaz, naqueles termos, sem uma política potente de promoção e prevenção capaz de dar respostas, sem a criação de mecanismos de racionalização de custos e de recursos humanos e materiais. Para isso, prometia-se assegurar os recursos suficientes e estáveis para a área da saúde, o que se viabilizaria por uma reforma tributária e fiscal, bem como pela ampliação dos gastos com saúde pelos Estados e municípios. Para fazer funcionar um sistema de compartilhamento do financiamento entre os entes federados, deveriam ser estabelecidos mecanismos automáticos de transferências, segundo critérios redistributivos. No entanto, apontou-se que não bastaria aumentar os recursos para a saúde: "porque além de gastar pouco, o Brasil gasta mal" (CARDOSO, 2008, p.67).

Por mais que o programa de governo tivesse um viés encalcado na visão sanitarista, e fosse cauteloso em não ir de encontro às preposições do SUS, é

[85] As outras prioridades definidas no programa eram a agricultura, a educação, o emprego, a segurança, a habitação, o saneamento e o turismo.

importante destacar que havia confronto de ideias acerca da direção que se daria ao SUS. Para ilustrar, em 1995, por encomenda do Ministério da Fazenda, o Banco Mundial publicou um relatório intitulado *A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*. Nesse documento, as recomendações afrontaram as propostas fundidas no arcabouço legal do SUS, pois desaconselharam o acesso universal e a equidade em razão dos elevados custos e propuseram uma revisão constitucional. Sobre este último ponto, a sugestão era fortalecer os estados da federação na execução da política em detrimento dos municípios (vistos sem capacidade de assumir tal função); tornar o governo federal um regulador de políticas de contenção de custos e de restrição do acesso, inclusive com o estímulo a um sistema de co-pagamento; reduzir os investimentos públicos em assistência médica e enfatizar as ações preventivas, concomitante ao estímulo ao consumo de planos e seguros privados e a focalização dos serviços públicos nas populações pobres etc. (RIZZOTTO, 2000).

Um indício de que o governo estava permeado às ideias de fortalecimento do mercado na saúde é o fato de ter havido a tentativa de redirecionar radicalmente os pressupostos da política de saúde, logo no início do governo. Isso está expresso na PEC 32/1995[86], a qual diligenciou a modificação da redação do artigo 196 da Constituição Federal, "visando substituir a ideia da universalização e gratuidade da prestação de serviços de saúde, como direito do cidadão e dever do estado, por outro regime a ser estabelecido em lei". Ou seja, contrário ao inscrito no programa de governo, o governo FHC tentou alterar a fulcral regra que estabeleceu um novo desenho da política de saúde, nos termos da Reforma Sanitária. Embora essa iniciativa tenha sido afortunada nas primeiras etapas do processo legislativo, ela é uma forte evidência da intenção daquele governo de desconstitucionalizar o direito à saúde como um dever do Estado (MENICUCCI, 2007). Caso aprovada, ter-se-ia conseguido a abertura jurídica para criar um arranjo da política de saúde, ancorado nas questões ideológicas de inovação do Estado, em que as políticas sociais não são entendidas como funções exclusivas do Estado.

Acontece que há formas de desertar regras, mesmo sem alterá-las formalmente. Assim, ao longo do governo FHC, será visto o confronto entre diversos

[86] Essa PEC era um desmembramento da PEC da Reforma da Previdência Social, PEC 21/1995, também apresentada pelo Poder Executivo em março de 1995, e foi deferida pela Câmara dos Deputados em 29/11/1995.

atores, numa clara assimetria de poder entre os Ministérios da Fazenda e Ministério do Planejamento e Orçamento em relação ao Ministério da Saúde, entre esse último e outros atores envoltos na política de saúde, o que também pode variar em relação aos objetos em disputa, como se verá a seguir.

5.3 Gestão Jatene: aclarando conflitos

Como descrito no capítulo anterior, a política de saúde foi solapada em seus primeiros anos, mediante as medidas de ajuste econômico da primeira metade da década de 1990, e pelo fato de a Previdência Social, que tinha uma trajetória muito mais cimentada no Estado brasileiro, ter revelado um maior poder na disputa de recursos com a saúde e com a assistência social. Assim sendo, no início do Governo de FHC, o orçamento estabelecido na Lei Orçamentária Anual (LOA) para as despesas da União com saúde era de R$ 14,4 bilhões correntes, o que equivalia há um pouco mais de 40% do orçamento estabelecido para o Ministério da Previdência Social (R$ 33,6 bi).

Em 1995, o quadro econômico do Ministério da Saúde era de débitos vencidos e acumulados, além dos juros e encargos a pagar em virtude do empréstimo ao Fundo de Amparo ao Trabalhador, e de elevada dependência dos repasses do Tesouro Nacional, consequentemente submetidos às decisões da esfera econômica do governo federal[87] (MARQUES E MENDES, 2005). Somado a isso, havia um conjunto de irregularidades e fraudes na rede privada de serviços que ampliava a vazão de recursos públicos, enquanto a rede pública dava alerta de sucateamento, carente de reforço em sua infraestrutura e de pessoal. Nessas condições, os prestadores privados pressionavam para a atualização de tabelas de procedimentos e ameaçavam parar de atender os usuários do SUS. Em termos administrativos, a Norma Operacional Básica de 1993 não tinha alcançado o êxito esperado, sendo necessário repensar e renegociar o processo de descentralização de serviços e recursos com as demais esferas de governo. Assim, dá-se início a um

[87] Corroborando essa afirmação, o CNS aprovou, em setembro de 1995, uma Manifestação Pública que se justificava pela necessidade de: 1) interromper o processo de degeneração recursiva do setor saúde provocada pela diminuição de recursos, que desde 1989 representavam uma perda superior a 20 bilhões de dólares; 2) corrigir defasagens nos valores dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, congelados desde julho de 1994; 3) romper o círculo vicioso de comprometer o orçamento do ano seguinte com dívidas do exercício anterior.

período extremamente caracterizado por conflitos acerca da política de saúde, dentro e fora do governo. Além das óbvias dificuldades de reorientar o sistema, havia problemas estruturais relacionados aos exíguos recursos para o Ministério da Saúde, que naquele momento era responsável por 87% dos gastos com saúde em comparação com as demais esferas de governo (PIOLA et al., 2013). Ou seja, o cenário era bastante adverso para imprimir mudança na política de saúde.

Ao formar a equipe de seu primeiro governo, o Presidente parece ter se preocupado mais com os problemas das "fraudes e coisas do estilo", pois "esse ministério tem problemas de gestão financeira, não só problemas no sentido médico". Apesar de outras especulações[88], escolheu para assumir o cargo: "um desses nomes que estão sempre presentes quando se fala em Ministério da Saúde" (CARDOSO, 2015). Ou seja, decidiu por convidar Adib Jatene, um cardiologista famoso, professor emérito da USP (nem sanitarista, nem político-partidário), que já havia se destacado em cargos de gestão hospitalar e havia sido o Ministro da Saúde por oito meses no fim do mandato de Fernando Collor. Sobre o convite de FHC, o referido médico disse que "não sei até hoje por que fui convidado. Eu não era amigo dele, nem era do partido" (Entrevista Jatene, Programa Roda Viva). Para um dos entrevistados desta pesquisa que trabalhou diretamente com o mesmo:

> (...) ele tinha capital político por ser cardiologista dos caras, é uma dessas coisas que só acontecem na medicina. Ele era o médico do Antônio Carlo Magalhães, ele era o médico do próprio Malan, todos eles se tratavam no hospital público, no Instituto do Coração, né, mas também ele era muito bom político, ele era um cara muito honesto, as pessoas reconheciam nele essa honestidade. Apesar de ser um cara muito conservador (...) agora, eu acho que ele separava muito bem… o que era a função pública (Entrevista 16).

Junto a uma equipe ministerial que combinava pessoas oriundas da reforma sanitária e do PSDB, Adib Jatene assumiu o financiamento do SUS como prioridade. Isso lhe renderia muitos atritos com atores governamentais e sociais, haja a predominância do raciocínio de redução dos gastos sociais, em vista da política de estabilização financeira. Pelo ângulo do próprio presidente, os impasses da saúde eram mais em razão "do jeito que está proposto pela Constituição e pelos seus costumes", do que a soma de recursos dispostos para a atenção pública à

[88] Um dos cotados era o Ciro Gomes (economista e ex-Ministro da Fazenda de setembro a dezembro de 1994) e Antônio Ermírio de Morais (empresário com atuação em áreas estratégicas da economia, como mineração e siderurgia) (CARDOSO, 2015).

saúde, mesmo que se pense com frequência que este seja o motivo: “o Jatene tem que atacar a questão fundamental da Saúde, que não é dinheiro para hospital, é a reorganização mais profunda dos controles e do que se entende por atender a população na Saúde”[89] (CARDOSO, 2015, p.285).

Malgrado os conflitos quando o assunto era dinheiro, pautou-se uma reforma administrativa da saúde. Ao expor a sua ideia de reforma gerencial na saúde, o então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), Bresser-Pereira considerou que para avançar na implantação do SUS, três aspectos seriam centrais: a definição da política, o financiamento e a administração. Com ênfase intencional em colaborar com este último ponto, já que reconhecia que o financiamento estava “sendo encarado de forma corajosa e realista pelo Ministro da Saúde”, mostrou-se voltado a examinar e priorizar o problema da assistência médico-hospitalar. Sob uma perspectiva, a saúde seria atrelada à reforma administrativa levada à risca pelo Poder Executivo[90]. Com a ideia de criação de um *quase mercado*, a meta era estabelecer novas formas de relação entre o setor público e o privado. Isso atraiu a atenção de intelectuais da reforma sanitária, do Conselho Nacional de Saúde e de importantes dirigentes do Ministério da Saúde, pois “o Bresser tinha outro projeto que era um projeto de transformar tudo em Organização Social (OS), né… e o Seixas era muito próximo ao Bresser” (Entrevista 16). Ao querer implantar uma lógica de financiamento da demanda, materializada na difusão de parcerias público-privado, o MARE contou com forte oposição:

> O governo FHC, na verdade, ele começou a tentar destruir os pilares do SUS. E uma das propostas mais contundentes nesse processo de tentativa de destruição foi as OS’s e as OSCIPs. Só que no governo Fernando Henrique Cardoso nós do movimento tínhamos uma unidade muito legal que conseguiu enfrentar o governo, e ele não conseguiu avançar. Ele não conseguiu (Entrevista 3).

Mas, por outra parte, embora por motivos distintos, pode-se supor que a reforma administrativa foi ao encontro das expectativas de uma das diretrizes do SUS, que propunha que a melhor forma de resolver os problemas da saúde era

[89] Em relação à sua posição, FHC recusava as acusações de que aderia às premissas neoliberais na saúde: “vão dizer, na oposição, que sou neoliberal, ou seja, dinheiro só para banco e não para a saúde, esse besteirol todo que não é verdadeiro, mas que até pega, embora não para o povo” (CARDOSO, 2015, p.815).

[90] A Reforma Administrativa do governo FHC conseguiu avançar na reorientação da máquina pública, com demissões de funcionários, terceirizações, ajustes de salários, investimento em algumas carreiras estratégicas do serviço público federal, particularmente naquilo que foi considerado função primária do Estado (COSTA, 2000; BRESSER PEREIRA, 1998)

seguir o que outros países desenvolvidos vinham fazendo em seus sistemas de saúde, ou seja, descentralizar para entidades regionais e a formação de uma espécie de mercado que promove a competição entre os prestadores de serviços para reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços de saúde. Nessa última direção, pelo âmbito do Ministério da Saúde, foi fundamental o empenho do Secretário-Executivo e do Secretário de Assistência à Saúde (SAS), respectivamente José Carlos Seixas e Eduardo Levcovitz, os quais, junto com o CONASS, CONASEMS e CNS, impulsionaram a descentralização do sistema (BRASIL, 1998). Assim, de forma incremental, mudanças de caráter institucional foram se revelando na política de saúde. De forma a mostrar o contraditório:

> (...) na América Latina a descentralização tem assumido duas características distintas: a política e a econômica. Na dimensão política predomina a lógica de deslocamento dos eixos de poder para as instâncias locais e o estímulo a mecanismos de democracia direta. Na dimensão econômica, descentralização é compreendida como instrumento para cobrança de maior racionalidade e eficiência na execução das políticas públicas (no contexto de políticas de ajuste) (Entrevista 12).

Na saúde, o impulso à descentralização acentuou o papel coordenativo da União, com novos mecanismos de relações intergovernamentais, especialmente no que se refere à gestão fiscal e à transferência de responsabilidades de políticas públicas para as unidades subnacionais[91] (ABRUCIO E LOUREIRO, 2002; ARRETCH, 2010). Isso se deu vigorosamente no âmbito dos municípios, mas ainda com uma série de problemas de coordenação para se avançar na regionalização (MACHADO, 2009). Esse entrave parece associado à trajetória da política, na qual a municipalização tornou-se tema central, mas cogita-se que as próprias dificuldades de financiamento para o sistema público de saúde também estancaram propostas de avançar na regionalização.

Uma evidência disso é o fato de um seminário, ocorrido em 1995, convocado pelo CONASS, junto com CONASEMS e OPAS, ter definido que a

[91] De acordo com Médici (1995), a confluência de ideias para a descentralização como política governamental associa-se a alguns motivos: 1) a suposição de redução dos gastos com saúde; 2) a tentativa dos Executivos centrais em compartilhar as responsabilidades com os cortes e gastos em saúde em uma conjuntura de crise econômica e ajuste fiscal dos países; 3) o argumento do movimento sanitário e municipalista de que as necessidades específicas das políticas de saúde de cada região podem ser mais bem atendidas no âmbito dos poderes locais; 4) o interesse governamental em reduzir o poder dos sindicatos mais organizados; 5) e, relacionado ao ponto três, a constituição de modelos de atenção e de gestão mais adequados às necessidades e condições de cada local.

condição da regionalização e a gestão dos recursos humanos eram estratégias decisivas para o SUS, sem, contudo, ganhar o apoio do Ministério da Saúde. Para um ator que tinha inserção nos bastidores do Ministério e que mantinha um diálogo com responsáveis pela Secretaria de Planejamento e Orçamento e SAS, a ausência de apoio era simplesmente por problemas orçamentários:

> (...) eles me falaram verbalmente que nem sonhar com regionalização e recursos humanos porque não haveria recursos suficientes (...), pois isso ia exigir um recurso adicional impensável da parte federal. Sem apoio governamental, o jeito teria sido trabalhar com outras bandeiras que geraram as normas operacionais básicas e não tanto a regionalização (Entrevista 10).

De qualquer forma, a despeito da promessa de uma nova edição de Norma Operacional (NOB 96) e de estratégias já iniciadas de indução da política, os atritos interinstitucionais quanto ao financiamento do SUS só cresciam. Isso ficou claro quando a *Cruzada de Jatene*[92], sob o sustentáculo do CNS, CONASS, CONASEMS, CEBES, dentre outras, com o apoio de muitos dos congressistas, não significou grandes alterações em relação ao financiamento na área da saúde, embora tenha conseguido maior estabilidade. Afora as tergiversações de ter se dobrado os recursos[93], representando ainda um percentual acima de 60% de participação no total das despesas com saúde, é fato que o orçamento do Ministério da Saúde, em 1997, contradizia as expectativas de grandes progressos para o ano seguinte, o qual iniciaria com a previsão de uma dívida de R$ 3,7 bilhões correntes.

5.3.1 A batalha para a aprovação da CPMF

Logo quando assumiu a pasta da saúde, o Ministro Jatene quis garantir uma ampliação significativa nos recursos em 1996. O CNS dava-lhe retaguarda, por meio das Resoluções 154/1995 e 161/1995, que, respectivamente, solicitavam emendas à Lei de Diretrizes Orçamentárias de 1996 para garantir uma destinação de 30% do Orçamento da Seguridade Social ao Fundo Nacional de Saúde e aprovavam a proposta do Ministério da Saúde de um orçamento de R$ 20,1 bilhões

[92] Expressão utilizada por Costa (2002).

[93] FHC dizia que o orçamento na rede hospitalar dobrou, em relação a quando ele era Ministro da Fazenda. Mas é fato que o gasto federal total com saúde, em 1996, decresceu em relação ao ano de 1995, de R$ 37,3 para R$ 32,7 bilhões (valores correntes de dez/2011). Em 1997, as despesas cresceram, mas apenas levemente acima dos valores computados em 1995 (R$ 37,8bi). Em 1998, as despesas computam uma nova queda, que significou menos R$ 1,8 bilhões em relação ao ano anterior (IPEA, 2012).

para o ano seguinte. Tal inciativa não obteve sucesso, quando a LDO de 1996 (Lei 9082/1995) fixou uma despesa para o Ministério da Saúde de apenas R$ 16 bilhões, contrariando as expectativas do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde[94]. Sem conseguir negociar com os ministérios da área econômica, a relação entre o Ministro da Saúde e outros integrantes do governo era tensa:

> (...) aí as coisas não foram tão simpáticas (...), porque o Adib está preocupado, reclamando, e meio desanimado, sobretudo com a atitude da equipe econômica. (...) o Jatene na verdade quer mais recursos. Viu que terá menos recurso no ano que vem, está legitimamente preocupado, embora tenha havido uma reestruturação grande. (CARDOSO, 2015, p.304).

> (...) a única pessoa que ele confiava era a Ruth Cardoso por causa do programa de agente comunitário do programa de saúde da família (...). Com o resto foi criando uma situação que era absolutamente insustentável e uma contradição interna importante porque, não todo mundo, mas uma parcela importante do Estado e do Ministério era Tucano (Entrevista 16).

Mediante as dificuldades financeiro-orçamentárias do Ministério da Saúde, e a percepção de que dentro do governo era difícil alçar o objetivo de garantir mais recursos para a saúde, o ministro Jatene taticamente definiu o fito de criar uma fonte específica de recursos para a saúde, o que significava uma transferência do conflito do Executivo para a arena Legislativa. No seu entender, todas as propostas para solucionar o problema do financiamento eram válidas, mas era fundamental que todos os atores se concentrassem em uma que fosse viável de modo emergencial, a qual seria, em sua perspectiva, a criação de uma Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em bases similares do IPMF, extinto em trinta e um de dezembro de 1994[95]. Essa nova fonte estabeleceria uma alíquota sobre a movimentação financeira, sem exceder vinte e cinco centésimos por cento, facultando ao Executivo reduzi-la ou restabelecê-la total ou parcialmente. Pelos cálculos do Ministro, esse tributo alcançaria valores que, juntos com os

[94] Numa situação que chamou de *insuportável*, o Ministro Jatene cogitou uma solução extrema para lidar com os impasses relativos ao pagamento das dívidas do Ministério, face ao limitado orçamento: da fatura do mês de julho de 1996 devida aos prestadores de serviços do SUS, o Ministério pagaria 70%, e os 30% restantes seriam aplicados nos programas do Ministério (Ata do CNS).

[95] A CPMF já era uma alternativa cogitada por outros atores, antes de 1995. Prova disso é a Resolução Nº 148, de 15 de dezembro de 1994 do CNS, que resolveu aprovar moção dirigida a Itamar Franco, "reafirmando a necessidade de encontrar uma solução estrutural, para o financiamento público da Saúde (...) solicitando ainda que, como solução emergencial, se estude a viabilidade de criar a Contribuição Sobre Movimentação Financeira para a Seguridade Social, nos termos em que foi instituído o IPMF".

montantes já repassados pelo Governo, fariam que o orçamento da saúde retornasse a um montante equivalente aos 30% de recursos da Seguridade Social[96]. Para isso, ele incumbiu a si mesmo de difundir e compilar apoios para aprovar a CPMF. Como de praxe, uma das primeiras de suas ações foi solicitar o consentimento do presidente da República. Segundo o mesmo, a primeira reação de Fernando Henrique Cardoso foi dizer que a CPMF não seria aprovada pelo Congresso, porém este assumiu o compromisso de vinculá-la integralmente ao orçamento do Ministério da Saúde, caso autorizado pelos parlamentares:

> Então, eu fui falar com o presidente para saber se eu podia pleitear, ele disse: você não vai conseguir. E eu disse 'eu posso tentar'? Ele disse que eu podia. Mas, eu disse: eu preciso de um compromisso seu (...) ninguém mexe no meu orçamento, nas minhas fontes. Se eu conseguir, é o recurso adicional que eu preciso (Entrevista com Adib Jatene no Canal Livre, 2010)[97].

A criação de um tributo sobre a movimentação financeira contou com muitas controvérsias. Iniciada no Senado com o objetivo de outorgar competência à União para instituir a CPMF, a PEC 256/1995 promoveu um encimado custo político ao Ministro Jatene, que encabeçou a proposta, por colidir com interesses de grupos que reagiram de forma hiperbólica contra, tal como experimentou os desgastes com agentes governamentais e com a base de apoio do governo. Os *lobbies* no Congresso foram empreendidos por entidades com elevado poder econômico, especialmente a Federação Brasileira dos Bancos (FEBRABAN), a Confederação Nacional da Indústria (CNI) e o Movimento Nacional de Defesa do Contribuinte (MNDC) – criado por setores do empresariado com o desígnio de impedir a criação da Contribuição. Esses, com o apoio da mídia, faziam sistematicamente propagandas contrárias à CPMF, influenciando a opinião pública. Além disso, era incerto o apoio parlamentar, nem mesmo da bancada governista, posto que grande parte dos parlamentares do PSDB, PMDB e PPB explicitavam serem contra a criação de mais um imposto. A oposição à CPMF também se revelava dentro do próprio governo federal, dado que a área econômica também manifestara

[96] Conforme já citado em capítulo anterior, os legisladores constituintes não fixaram o percentual próximo de 1/3 para a saúde. Apenas definiram por legislação mandatária a porcentagem de trinta por cento da seguridade social para a saúde, garantido até a aprovação da LDO. Sem essa amarração formal, mesmo que nos três primeiros anos tenha se mantido esse percentual nas LDO's federais, ele era descumprido (MARTINIANO et al., 2012).

[97] Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=zSdjoaC21gc, acessado em 10 de dezembro de 2016.

resistências à alternativa de um *imposto da saúde*, em razão de serem contrários à vinculação de recursos e temerem prejuízos ao Plano Real, caso as empresas repassassem os custos aos produtos (COSTA, 2002).

Associado às dissintonias entre o comando do Ministério da Saúde e os demais integrantes do governo federal, inclusive o Presidente, parlamentares contra a criação da contribuição deslegitimavam-na atacando o Ministro Jatene. Para exemplificar, contestando a admissibilidade da proposta na Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR), o Deputado Nilson Gibson (PSB) insinuou que o governo teria transferido a tarefa de aprovação da criação de um tributo para um parlamentar do PSB, provavelmente "por receios de diminuir o seu prestígio junto ao povo" ou porque "sabe desses erros que iria cometer*",* referindo-se à violação do princípio de não-cumulatividade[98]. Para ele, "quem devia ter mandado essa proposta é o Governo, o Poder Executivo, se há intenção em aprovar a criação desse tributo". Citou-se ainda um confronto entre o presidente e o Ministro da Saúde, porque o primeiro criticara a própria proposta da CPMF, em "imprensa escrita, falada e televisada", chamando o "Ministério da Saúde de Ministério dos Hospitais*"* (DCD, 03 de maio de 1996, p. 12282).

Costa (2002) confirma que a mídia assumiu um editorial de ataque à figura pública de Adib Jatene, inclusive citando a opinião do Presidente da República. A acusação era de que Jatene agia como porta-voz dos donos de hospitais privados, representados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e representantes das Santas Casas de Misericórdia, interessados em reajustar os preços dos serviços prestados ao SUS. Além disso, a administração do Ministério da Saúde era acusada de ser incompetente: "diz-se que a Saúde precisa de dinheiro, mas ela precisa – isto, sim – é de uma política. (...) atualmente a Saúde é mal administrada no Brasil" (Dep. Júlio Redecker, PPB, 1996) [99] (DCD, 10 de julho de 1996, p. 19683). Quem era contrário ainda recorria, com frequência, a um cálculo matemático, dito simples, para mostrar que a CPMF causaria desemprego no Brasil, pois criaria um *efeito cascata* no custo dos produtos. Alegava-se, ainda, que a população brasileira não queria e não deveria ser sacrificada com mais um tributo, especialmente porque existiam alternativas além daquela.

---

[98] Aqui se argumentou que a CPMF feria o Art.154, inciso I, da Constituição, no qual se permite a criação de novos impostos pela União, não previstos, desde que sejam não cumulativos.

[99] Sobre as falas citadas, ver Diário da Câmara dos Deputados (DCD), 03/05/1996, a partir da página 12281.

Na Comissão Especial, ficou nítida a divisão do apoio político em face da matéria, sendo possível, pelo menos até a votação em plenário, identificar uma clara polarização entre a base oposicionista e a base governamental no parlamento. Dos quatorze deputados que se declararam contra a admissibilidade da PEC 256-B, havia vários parlamentares da oposição, mas também da base aliada do governo, sinalizando para o desmembramento do apoio parlamentar da base do governo naquela matéria, em um período em que a coalizão governamental era bastante forte para outros temas, como já dito[100]. Todavia, mordaz é que nenhum deputado ousou discordar que o SUS vivia um caos, associado ao problema do financiamento: "após um ano e meio de governo do atual Presidente da República, a Saúde resulta num caos por falta de investimentos, por falta de iniciativas e até porque não houve pressão social suficiente para reverter essa situação" (Dep. Arlindo Chináglia, PT; DCD, 10 de julho de 1996, p. 19676); "é agônico o estado da saúde pública no País" (Dep. Arthur Virgílio, PSDB; DCD, 10 de julho de 1996, p. 19680).

Mas, como já anunciado, concordar que a saúde precisava de mais recursos jamais representou em uma adesão ampliada aparecimento de uma nova Contribuição Social. Apesar do elevado apoio de entidades e de atores pró-SUS, inclusive com a pressão de entidades privadas e médicas, a proposta incitava muitas divergências entre os parlamentares, sendo difícil enquadrar as posições e os votos por orientação ideológico-partidária:

> (...) ouvi Deputados do meu partido dizerem: "Sou do Governo, mas estou votando contra." Vi Deputados do PDT, que são contra, votando a favor. Vi Deputados do PT encaminharem a favor e votarem contra (Dep. José Thomaz Nonô, PSDB; 10 de julho de 1996, p. 19604).
>
> [alguns] fazem oposição à própria sombra. Outros são contra porque são liberais. São coerentes, pois são contra impostos. (...) Outros são contra porque ignoram a importância do Sistema Único de Saúde para o povo brasileiro. Eles têm seus médicos particulares, (...) Têm planos de saúde que atendem à sua categoria. Então, não têm nada a ver com isso. Para eles, isso é coisa de periferia, de Nordeste, de grotão (Dep. Eduardo Jorge, PT; DCD, 10 de julho de 1996, p. 19682).

[100] Na CCJR, os votos contra foram de Benedito de Lira (PFL), Regis de Oliveira (PFL), Roberto Magalhães (PFL), Gilvan Freire (PMDB), João Natal (PMDB), Adylson Motta (PPB), Jarbas Lima (PPB), José Rezende (PPB), Hélio Bicudo (PT), José Genoíno (PT), Marcelo Déda (PT), Milton Mendes (PT), Paulo Delgado (PT), Nilson Gibson (PSB). Na Comissão Especial, Eduardo Jorge (PT) declarou voto contrário (DCD, 13/04/1996, pg. 09472).

Interessante observar que alguns deputados do Partido dos Trabalhadores (PT) foram enfáticos em suas defesas pela CPMF. Eles consideravam-na relevante para a viabilização do SUS e defendiam-na como uma contribuição justa, de caráter progressivo, que, ao incidir sobre o sistema financeiro, apoiaria a identificação de uma série de operações que normalmente não eram detectadas pela Receita, como a questão do caixa dois das empresas, do narcotráfico, do jogo do bicho etc. Eles também rebatiam os argumentos que tentavam retratar que os problemas do SUS advinham de irresponsabilidades da gestão do Ministério[101]. Entretanto, outros deputados do PT justificaram os seus votos contrários colocando dúvidas nas intenções do governo de realmente *salvar o SUS*, em razão de que a União já vinha reduzindo outras fontes de receitas no orçamento do SUS, não aplicando por inteiro as contribuições sociais na seguridade social, bem como era habitual o saque de recursos da saúde para o Fundo de Estabilização Fiscal. Também se diziam contrários em função de o governo não apoiar projetos de lei que dariam uma solução permanente para a saúde[102]. O resultado das divergências foi uma deliberação interna do PT que impôs disciplina partidária aos seus vinte e dois deputados da bancada do partido para votar contra a criação da CPMF, o que sinalizou para um cálculo mais centrado no jogo político-eleitoral do que propriamente ideológico.

Alcançada uma enorme visibilidade nacional, uma derrota da proposta da CPMF no Congresso já representava um prejuízo político para o Governo Federal. Assim, quando viu o perigo de a CPMF não ser aprovada, o presidente Cardoso articulou a base aliada para o consentimento da PEC 256/1995. Sob o efeito da aprovação do tributo[103], o próprio FHC teria dito que aquele momento era de grande aprendizagem acerca da importância da "decisão e vontade do governo" e de

---

[101] Algumas tragédias marcaram o período: quase 100 mortos em virtude de contaminação por bactéria em uma Clínica de Santa Genoveva; aproximadamente 60 contaminações de hepatite tóxica em uma clínica particular de hemodiálise em Caruaru. Mas, para o referido deputado, esses casos precisavam ser entendidos como um legado de políticas do tempo do INAMPS, sendo preciso compreender que o sistema ainda não havia sido implantado, dado que "os prefeitos sentem-se inseguros em adotar o sistema ao perceber que as verbas federais mínguam" (DCD, 10 de julho de 1996, p. 19682).

[102] Particularmente, a PEC 169/1993, que tinha o dep. Eduardo Jorge (PT) como autor. Porém, o próprio Eduardo Jorge era um dos apoiadores da CPMF.

[103] De forma precisa, foram 326 votos favoráveis, 144 contrários e 09 abstenções. A alíquota ficou em 0,20%, como queríamos sempre; houve só um truque: 0,25% para os hospitais públicos, o que dá no mesmo; o resto do dinheiro se usa como quiser. Então ganhamos com 320 e pouco a 140 votos (DCD, 11 de julho de 1996, p. 19836).

demonstração do poder da coalizão de apoio: “de manhã reunimos os líderes de todos os partidos que apoiam o governo (..), e costurei a decisão (...). Isso marcou que o governo, quando tem decisão e vontade de continuar firme, com maioria sólida, se bate no voto quando é necessário” (CARDOSO, 2015, p.654).

Logo após aprovada em segundo turno, as mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal promulgaram a Emenda Constitucional 12/1996, outorgando competência à União para instituir a CPMF. Em seguida, a Lei 9311/1996, de 24 de outubro daquele ano, estabeleceu que o produto da arrecadação da recém-criada contribuição fosse destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde. Esse incidiria sobre os fatos geradores verificados no período de tempo correspondente a apenas treze meses, decorridos noventa dias da data da publicação da Lei (9311/1996).

Contudo, na elaboração do orçamento de 1997, o governo recusou-se a aceitar a proposta definida na Resolução 193 do CNS, que aprovou a proposta do Ministério da Saúde (MS) de um orçamento global que ampliaria em quase R$ 6 bilhões a despesa da saúde. A Lei 9438, de fevereiro de 1997 (LOA 1997), foi bem inferior ao especulado pelos atores empreendedores do SUS. Ou seja, apenas um bilhão a mais do que o definido no orçamento de 1996, sem contar com correção monetária para o período. Nas palavras de Jatene,

> A estratégia da área econômica é empurrar essa dívida para o ano que vem para pagar com a CPMF (...). Então eu estava dizendo que isso era **ABSOLUTAMENTE INACEITÁVEL** (...). Então eu me senti na obrigação de colocar o cargo à disposição, ele não aceitou e me garantiu que iria corrigir o orçamento deste ano, eu então vinculei a minha presença no Ministério a esta correção (...) é simplesmente uma situação que eu não posso aceitar, estando no Ministério, em que o orçamento é bem inferior ao executado no ano anterior que já era insuficiente (*grifos no original,* Ata 59, CNS, out de 1996).

Na verdade, a CPMF surgiu em 1997 já como a principal fonte de financiamento do MS, significando 37% de participação em relação às outras fontes no ano seguinte. Contudo, ela contribuiu muito mais para estabilizar o patamar de recursos orçamentários do MS do que para efetivamente elevá-lo. Isto porque se reduziram os aportes de outras fontes que habitualmente financiavam o gasto federal com saúde, o que leva ao entendimento de que a CPMF tornou-se uma fonte substitutiva (PIOLA et al., 2013). Assim, todo o esforço para gerar recursos para a

saúde não passou de "uma vitória de Pirro, pois os ganhos para a saúde foram apropriados para outras áreas logo depois, por inciativa do governo central" (Entrevista 12).

5.3.2 Regulamentar a assistência privada: conflitos e não decisões

No tocante ao *sistema privado de assistência médica supletiva*, no Programa de Governo apresentado nas eleições de 1994, foi dito que "nos anos 80 consolidou-se, no Brasil, paralelamente ao SUS, um sistema privado de atenção médica supletiva" (PROGRAMA, 1994, p.68). Assim sendo, justificou-se uma intervenção governamental nesse setor, que se estimava atender cerca de 35 milhões de brasileiros, pela necessidade de uma regulação estatal[104]. Os problemas desse setor também foram enumerados: aumento dos custos, exclusão do atendimento de várias doenças, longos prazos de carência, constrangimentos à liberdade dos usuários em escolher profissionais, hospitais e clínicas, e consequente insatisfações entre os usuários e os profissionais de saúde em relação aos planos e seguros de saúde. Diante desse enquadramento, a proposta governamental foi a de "implementar a necessária regulação sobre o sistema de atenção médica supletiva, após ampla discussão com todos os segmentos envolvidos" (Idem, p.68).

Naquele momento, quem demostrava o desejo de normatizar e uniformizar todo o setor de planos privados de saúde ainda era o Ministério da Fazenda. Ainda com um escancarado conflito com as empresas de Medicina de Grupo, como já explicado no capítulo anterior, esse Ministério defendia inexistir uma razão razoável para não regulamentar as empresas que comercializavam planos de saúde, semelhante ao que já vinha sendo feito com as seguradoras por meio da SUSEP[105]. Portanto, ao defender que era necessária uma "revisão das regras em

[104] Naquele momento, como não havia uma regulação que integrasse o setor, o número de beneficiários era somente uma estimativa vultosa. Apenas em 2000, é possível encontrar um número mais exato de usuários de planos privados de assistência à saúde com ou sem odontologia, o qual consistia em 31.161.481 de pessoas (ANS, 2015).

[105] Nos primeiros anos do governo FHC, algumas estratégias da Fazenda foram: 1) a composição de um grupo de estudo para analisar o mercado da saúde, em razão da carência de dados confiáveis; 2) uma 'força-tarefa', juntamente ao Ministério da Justiça, SUNAB e PROCON, para a identificação e punição de empresas que cometiam a prática de aumento de preços abusivos; 3) a criação de espaços de negociação para a redução dos valores dos reajustes dos planos individuais pelas empresas. Visto em Nota Oficial de 17 de abril de 1996.

vigor", até então basicamente subordinadas ao Código de Defesa do Consumidor, desejava-se uma regulação que tratasse de aspectos econômicos e financeiros desse setor, capaz de acomodá-lo em função da estabilidade econômica do país[106]. Defendia-se, ainda, que a abertura da saúde ao capital estrangeiro era uma condição imprescindível para a garantia da competitividade das empresas[107], algo que ia de encontro ao Art. 199 da CF-88, que vedou a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no Brasil, salvo nos casos previstos em lei[108]. Acreditava-se, portanto, que o Estado deveria garantir o ambiente competitivo para o aumento da eficiência no setor privado na saúde, conforme as ideias difundidas internacionalmente por agências multilaterais (BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2007).

Embora de forma muito tímida, o Ministério da Saúde inseriu-se no debate acerca da regulamentação naqueles primeiros anos do governo peessedebista. Isso parece estar associado a dois objetivos. O primeiro era o de exercer a fiscalização das operadoras naquilo que se refere aos aspectos assistenciais, não econômicos, conforme queria o Ministério da Fazenda. Em termos práticos, isso significava garantir a sua participação no Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) – órgão normativo das atividades de seguros no Brasil, vinculado ao Ministério da Fazenda (CARVALHO E CECÍLO, 2007). O segundo relaciona-se ao contexto, já citado, de elevada indefinição acerca do financiamento público – uma preocupação central da gestão do Ministro Jatene e dos gestores públicos do SUS. Nessa direção, o reembolso do gasto com beneficiários de planos e segurados ao SUS seria uma das alternativas para a captação de recursos para o financiamento do SUS. A primeira estratégia do MS naqueles anos deu-se pela criação de uma comissão de caráter permanente, com o objetivo de acompanhar as discussões a respeito do tema no âmbito do Congresso Nacional. Esse grupo foi composto por representantes governamentais (Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Ministério da Fazenda), Organização Pan-Americana de Saúde e de Entidades

[106] Ver Notas Oficiais, do ano de 1996. Disponível em http://www.fazenda.gov.br/noticias/1996/r960417

[107] A abertura ao capital estrangeiro constituía um propósito governamental também na previdência complementar e na atenção aos acidentes de trabalho.

[108] O MS não se opôs à abertura do capital estrangeiro. Nesse aspecto, a Fazenda ganhou um aliado forte para enfrentar os interesses das entidades médicas, das organizações não governamentais de usuários e de consumidores, da Rede Unimed e do próprio Conselho Nacional de Saúde (CARVALHO E CECILIO, 2007).

Representativas de Seguros e Planos de Saúde (ABRASPE, ABRAMGE, UNIMED), sem a participação de representação de usuários/portadores de patologias e de médicos, atores que vinham pressionando pela regulamentação no Congresso, menos ainda das entidades representantes de gestores subnacionais[109]. O primeiro produto formal dessa comissão foi justamente a elaboração de um anteprojeto de lei com ênfase no ressarcimento ao SUS, o que ia à direção dos gestores do SUS em ampliar os recursos para o sistema. No entanto, na medida em que as pastas da Fazenda, da Justiça e da Saúde começaram a se preocupar mais com o avanço das discussões sobre a regulamentação na Câmara dos Deputados, essa comissão começou a pensar em outros aspectos da regulamentação.

Paralelamente, na Câmara dos Deputados, o substitutivo ao PL 4425/1994, apresentado pelo Deputado Relator Iberê Fernandes, desagradou a muitos atores[110]. Segundo Antônio Nassif, presidente da Associação Médica Brasileira (AMB) e relator do tema no CNS, o projeto de Lei 4425/1994 era prejudicial aos usuários (entenda-se também aos médicos), direcionado para o interesse de grandes grupos, principalmente os ligados a fortes grupos bancários. Um exemplo disso seria a institucionalização das exclusões de procedimentos na cobertura de planos de saúde e convênios. Já naquelas circunstâncias, o CNS sugeriu que o MS fosse o órgão responsável pela normatização dos Planos de Saúde, e criticou o substitutivo em questão por retirar esse Ministério da composição do Conselho Nacional de Previdência Social e, em troca, colocar dois representantes da ABRANGE, um da FENASEG e um das Cooperativas Médicas. Citou que, no caso de aprovação, ter-se-ia um "Conselho Nacional de Seguros

[109] Embora algumas entidades tenham reclamado da ausência da representação, parece que, naquele momento, foram convencidos de que essa era uma forma de alcançar algum consenso: "apesar de defendido a participação dos profissionais médicos na Comissão, concordou com o argumento de que tal participação poderia atrapalhar o andamento das discussões" (fala de representante do CFM, ata 53 do CNS). Apesar de uma disposição participativa bastante enviesada, salvo pequenas modificações, consubstanciadas na Resolução 167/1995, o CNS apoiou a proposta da referida comissão sobre esse tema.

[110] Em dezembro de 1995, na reunião ordinária da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), o deputado Iberê Ferreira deu parecer favorável com substitutivo ao PL 4425/1994 (PLS 93/1993). Esse parecer foi aprovado por unanimidade com substitutivo e apensamento dos PL 929/1991 de José Augusto Curvo (PL), PL 4417/1994 de Elias Murad (PSDB) e PL 4572/1994 de José Dirceu (PT), todos eles apresentados antes do governo FHC. Após passagem na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), em março de 1996, o projeto foi encaminhado à Comissão de Finanças e Tributação (CFT), sob a responsabilidade do Deputado José Fortunati, do PT. Desde então, praticamente todos os projetos que foram sendo apresentados no Congresso foram sendo incorporados ao PL 4425/1994.

Privados" se autonormatizando[111]. Afirmava-se, ainda, que havia interesses escusos por trás do projeto, sendo necessário barrá-lo.

Com esse entendimento, o Parecer do CNS sobre a emenda aprovada na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) disse que tal emenda

> (...) ignora as propostas de livre escolha e credenciamento universal dos médicos, deixa ao critério dos interesses econômicos a cobertura de situações de risco, doenças crônico-degenerativas e contempla livre fixação de carências e planos com restrição, desde que obtida a anuência do usuário". Justificando que ao SUS cabe 'o direito e o dever de opinar sobre a autorização de funcionamento e regulamentação dos seguros-saúde (Ata 55, CNS, maio de 1996).

A proposta do CNS foi a de que a assessoria de assuntos parlamentares do MS solicitasse ao Congresso, imediatamente, a rejeição do substitutivo do PL 4425/1994, bem como fosse responsável por redigir um novo projeto substitutivo que desdobrasse e aprofundasse questões da regulamentação para submetê-la ao plenário do CNS, para depois ser apresentada ao Congresso como alternativa.

Em resposta, o então Secretário Executivo do MS, José Carlos Seixas, justificou que o Ministério não dispunha ainda de informações sobre a matéria e, por esse motivo, havia constituído um grupo interno de trabalho (a comissão já citada), com objetivo de obter dados, analisar e elaborar propostas sobre o tema, mas que também sentia dificuldades em fazer tramitarem novas propostas[112]. Na ocasião, dizendo-se surpreendido pela rapidez com que o Legislativo estava encaminhando o assunto, concordou que o MS não poderia estar excluído de um processo que regula ações da saúde e, justamente por isso, vinha buscando estudar a questão. Caso o Ministério não apresentasse logo um projeto alternativo, assumir-se-ia *um risco político*, no sentido de não determinar o rumo do setor.

Como desdobramento, em 14 de junho de 1996, o parecer do deputado José Fortunati – relator na Comissão de Finanças e Tributação – foi a favor da aprovação do mérito do PL 4425/1994 e de seus apensados, mas rejeitou os substitutivos adotados nas Comissões de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias (CDCMAM) e Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF). Essa decisão era favorável à apresentação de um novo substitutivo, conforme a

[111] Naquele momento, o presidente da AMB reivindicou a inclusão da sua entidade na Comissão coordenada pelo MS.

[112] Diante das pressões que o Executivo sofria para se pronunciar sobre o tema, o Ministro teria encaminhado uma minuta de Projeto de Lei de regulação do ressarcimento à Presidência da República.

expectativa do governo, o qual já havia pronunciado suas ideias àquele relator[113]. Acatando a solicitação multipartidária, que usou do argumento de que a matéria era complexa e polêmica, por isso exigia a criação de uma Comissão Especial (CESP), o então presidente da Câmara, Deputado Luiz Eduardo Magalhães (PFL), autorizou a criação de uma CESP para apreciar o projeto[114], e definiu que o Deputado Pinheiro Landim, do PMDB, seria o relator. O funcionamento da Comissão foi marcado por novas solicitações de apensamento de outros projetos ao PL 4425/1994[115] e pela criação de espaços para a expressão de interesses e tentativas de constituição de algum entendimento entre os atores, em uma conjuntura de pressão da mídia e do Executivo. A partir de então, o governo FHC tornou-se ainda mais influente no processo legislativo, assumindo a posição de propositor de regras.

Ao condensar os esforços do Ministério da Fazenda, Justiça e Saúde, o *Anteprojeto de Regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde* foi apresentado à Câmara. Considerando os debates que ocorreram no Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde defendeu que o anteprojeto continha vários avanços em relação ao substitutivo do Deputado Iberê Ferreira. Dentre outras coisas, determinava que os seguros e os planos privados devessem reembolsar os segurados e beneficiários; e permitia às seguradoras estabelecerem uma relação com prestadores referenciados, conforme já era definido na Resolução da SUSEP[116]. Outro ponto do anteprojeto era a exigência de demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos e seguros privados de saúde como condição para a concessão ou manutenção do registro das pessoas jurídicas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, bem como o registro prévio nos conselhos regionais de medicina e odontologia. Propunha a

[113] O representante do MS "informou que a Comissão manteve conversações com o Deputado José Fortunati, relator do assunto na Comissão de Tributação e Finanças da Câmara, deixando-o à vontade para utilizar em seu relatório as sugestões contidas no anteprojeto do MS" (Ata 56, CNS).

[114] O requerimento para a instalação de uma Comissão Especial era multipartidário, contando com a assinatura dos líderes de partidos da situação e oposição. A justificativa do requerimento era a de se tratar de matérias complexas e polêmicas, se queria uma análise mais aprofundada com a participação de parlamentares e representantes da sociedade civil (DCD, 19 de julho de 1996).

[115] Em novembro de 1996, foi deferido o primeiro requerimento da Comissão Especial (01/96) que solicitava a apensação dos PL 1289/95, PL 1405/96, PL 1405/96, PL 1930/96 e PL 1975/96. No ano de 1997, foi também apensado o PL 2419/96, o 3160/97. O PL 3409/97 foi desapensado, por pedido da CESP.

[116] Nesse ponto, foi explicado que a comissão decidiu incluir essas cláusulas no anteprojeto por entender que este deveria contemplar todos os aspectos que beneficiassem a sociedade, independentemente das divergências entre os segmentos de seguros e de empresas de medicina de grupo.

punição, fusão, incorporação, associação ou alienação de controle societário e de cessão de direitos e obrigações das operadoras de planos ou seguros privados.

Sobre a composição do CNSP, o MS teria incluído no Projeto representações de Ministérios que têm afinidade com a questão e de outros segmentos que operam nesse âmbito, tais como medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, profissionais de saúde, estabelecimentos de assistência à saúde e associações de defesa do consumidor. Utilizando-se do argumento de defesa dos consumidores, a proposta do governo impedia que as empresas de planos ou seguros privados negassem a inclusão de pessoas em função da idade; proibia a alteração, durante os períodos de vigência, dos prazos de carência adotados e a exclusão de tratamento de lesões e doenças preexistentes. Essas medidas expressavam o viés defendido pela Fazenda de regulação econômico-financeira do mercado de saúde suplementar, ou seja, mitigar o risco de insolvência das operadoras e suas consequências perversas para os beneficiários[117].

> O principal objetivo era realmente cuidar da solvência das empresas. Porque o problema que o setor apresentava na época que era aquela enorme insatisfação dos consumidores (...), ela funcionava tipo uma padaria. Ela não tinha ninguém fiscalizando, então, quando ela ganhava… quando ela tinha um bom retorno o acionista botava no bolso, no mês seguinte dava o prejuízo, ele começava a evitar pagamento de procedimento (Entrevista 20).

Naquele momento, a proposta de criação de um *plano padrão* explicitou duas posições polares sobre a regulamentação. A primeira delas era a de que a regulamentação deveria vir no sentido de oferecer uma cobertura integral aos seus associados, defendida por entidades dos médicos, de defesa dos usuários, CNS e deputados oposicionistas. O segundo posicionamento era o da defesa da cobertura parcial, o que vinha ao encontro do desejo das seguradoras e de outras empresas com maior capital, especialmente na direção de garantia de viabilidade financeira. Ao defender o *plano padrão,* sob a liderança de atores do Ministério da Fazenda, o governo revelou sua intenção de regular para acabar com a “selva de interesses

[117] Nesse ponto, usa-se bastante o conceito de solvência, definido como “a capacidade de honrar os compromissos relativos à assistência à saúde previstos em seus contratos, bem como apresentar solidez patrimonial que garanta a continuidade de suas atividades no futuro. A natureza das operações requer então a formação de provisões técnicas e ativos para sua cobertura, além de capital suficiente para suportar momentos de adversidades, conforme exigido pela regulação, de tal forma que seja mitigado o risco de descontinuidade do negócio” (ANS, 2016, p.4).

particulares de cada um" (Mozart Abreu e Lima, membro de comissão coordenada pela Secretaria-Executiva do MS, ata 56 do CNS, junho de 1996).

Tal anteprojeto foi apoiado por entidades prestadoras de serviço, como a Confederação Nacional de Saúde. Dentre outras coisas, a percepção era a de que o projeto foi formulado *com os pés na realidade*, mas seria difícil efetivá-lo, dada a dificuldade de conciliar os interesses dos segmentos envolvidos. Com outra medida, os representantes do Conselho Federal de Medicina, Entidades Nacionais de Outros Profissionais da Área de Saúde, consumidores e usuários, como o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), e os movimentos de AIDS, acusaram o projeto de centrar-se em aspectos econômicos, pois oferecia apenas uma assistência médica seletiva e restritiva. Por exemplo, ao manter a coparticipação e permitir cláusulas abusivas, manter-se-iam as práticas que prejudicavam os consumidores e os profissionais de saúde. Entidades representantes de empregadores e trabalhadores, particularmente a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) e a Central Única dos Trabalhadores (CUT), concordaram que essas regras poderiam manter os custos crescentes dos planos de saúde sem significar a melhoria da qualidade no atendimento aos beneficiários. Enfim, apesar dos avanços, a decepção com a proposta do governo era nítida: "(...) esperava que o Estado oferecesse uma alternativa de regulamentação que viesse a proteger a sociedade contra o poder econômico" (Representante do CFM, Ata CNS 56, 1996).

Destarte, o CNS deu voz às insatisfações da maioria das entidades que lhe compõem. Além de uma parecer desfavorável ao anteprojeto de regulamentação apresentado pelo Governo Federal, sem poupar na descrição dos aspectos que justificavam o repúdio[118], aquela instância de participação e controle social tornou-se um permanente opositor e difusor de novas propostas em aliança com parlamentares da Frente Parlamentar da Saúde e de oposição ao Governo Cardoso

[118] Assinaram o parecer Mário Scheffer (coordenador da comissão e representante do Movimento de Luta Contra a Aids), Ruy Gallart (representante de Entidades Nacionais de Outros Profissionais da Área de Saúde), Neide Barriguelli e Regina Barata (Entidades Constituídas por Portadores de Patologias), Sylvio Romero Costa (Entidades Representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde Privados na Área da Saúde) e Antônio Celso Nassif (Associação Médica Brasileira). Entre os motivos: 1) limitar o tempo e prazo de internações em unidade de terapia intensiva; 2) estipular a carência para atendimento de urgência e emergência; 3) excluir da cobertura casos de calamidade pública e epidemias; 4) autorizar a rescisão unilateral dos contratos, sem ressarcimento proporcional ao tempo de contribuição do usuário; 5) permitir aumento dos preços por faixa etária; 6) instituir a possibilidade de planos diferenciados que ampliam ou restringem atendimentos, dentre outros.

no Congresso. Sem sombra de dúvidas, com essas oposições e interesses difusos entre as diferentes modalidades de operadoras de planos e seguros de saúde, o resultado daquele conflito ainda era incerto.

5.4 Gestão Albuquerque: o ano da saúde?

Carlos Cesar de Albuquerque assumiu a pasta da saúde por quinze meses, após a provisória gestão de José Carlos Seixas. Esse último era um dos fundadores do PSDB, ex-secretário executivo de Jatene. De acordo com a especulação da Revista Folha de São Paulo, em 08 de novembro de 1996[119], Seixas tinha intenções de permanecer definitivamente no cargo. Para isso, teria evitado criticar a equipe econômica e feito questão de mostrar que era diferente de seu antecessor, fazendo uma visita de cortesia ao presidente do Congresso, senador José Sarney (PMDB-AP). Contudo, ao contrário do que se possa pensar pelas aparências, a permanência da Seixas era um desejo do próprio Jatene, o qual queria que a sua equipe continuasse na liderança no Ministério da Saúde e confiou que isso se efetivaria pela ligação pessoal de Seixas com o Presidente e sua atuação no partido.

Porém, naquelas circunstâncias, o que mais pesou para a indicação de um novo Ministro da Saúde foi uma solicitação de Paulo Renato, outro fundador do PSDB e então Ministro da Educação, que parece que estava arranhado dentro do partido. Para fazer o jogo de cortesias, o Presidente aceitou a indicação de Carlos Albuquerque – um médico filiado ao PSDB que havia se destacado quando diretor do Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

Anunciando uma gestão que buscaria evitar polêmicas e investiria na face gerencial, o então Ministro justificou que todo o trabalho anterior de implantação do SUS permitia que ele optasse por conduzir uma nova etapa, na qual se evitariam mais desgastes, procurando um caminho ponderado e viável em relação à universalização:

> Portanto, se nós nos abstivermos de olhar a universalização, por exemplo, sob o enfoque radical quer de uma socialização total, quer de uma privatização total da saúde, não há nenhum impedimento na

[119] Ver http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1996/11/08/brasil/7.html

> Constituição de que se possa implementar e fazer avançar o Sistema Único de Saúde (Ata do CNS, abril de 1997).

Para um dos entrevistados, “botaram um ministro que eles sabiam que não ia criar confusão com a CPMF, com a área econômica” (Entrevista 16). Para outro, “foi a tentativa de se colocar aquela figura do tecnocrata, (...) inclusive trabalha numa perspectiva e numa racionalidade de mercado (...). Foi um desastre” (Entrevista 4). Apesar de apresentar um pensamento muito mais próximo ao restante do governo e furtar-se do atrito interinstitucional, Albuquerque embaraçou-se justamente por não mostrar sinais de enfrentamento. Já no final de seu mandato, quando o governo queria a renovação da CPMF e a saúde era um dos principais problemas de um governo que queria obter uma reeleição, a opinião do próprio presidente era de que ele “não tem grandes dotes como político, não tem eloquência, capacidade de se relacionar, foi maltratado pela situação, e até por mim, que podia tê-lo chamado há mais tempo para falar de sua substituição” (CARDOSO, 2016).

Com um Ministro sem arroubo político, tornou-se elementar a figura do novo Secretário Executivo Barjas Negri, que permaneceu nesse cargo até o último dia do segundo mandato de FHC. Há quem diga que uma das estratégias do governo era negociar politicamente os ministros com os partidos aliados, mas garantir que a secretaria executiva dos ministérios fossem de pessoas da confiança do presidente[120], muitos deles paulistas e do PSDB, alguns oriundos da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Essa era justamente a origem de Barjas, que se tornou central para o processo instituído de negociação entre o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS para estabelecer a NOB 96 e implantar o Piso de Atenção Básica (PAB)[121], inclusive demonstrando uma importante força em face do Ministério da Administração e Reforma do Estado.

[120] Ainda sobre Carlos Seixas, uma observação: além de muito próximo a Fernando Henrique, “o Seixas era muito amigo do Jatene e é um professor da USP e tem uma coisa ... essa eu vou insistir, professores da USP têm um protocolo entre eles (...) a função dele era negociar com a tucanagem, era pra manter uma boa relação com a tucanagem, mas Seixas não movia a máquina do Ministério, quem movia a máquina do Ministério era o Pastorello, chefe de gabinete, não era o secretário” (Entrevistado 16).

[121] Barjas Negri havia sido Secretário Executivo no Ministério da Educação e já havia participado da criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), que alterou a estrutura de financiamento do Ensino Fundamental no País. Na saúde, o PAB assumiu o papel de indutor da descentralização, com valores fixos que oscila de acordo com a população do seu município e valores que variam em relação ao desempenho do Gestor e da sua equipe (MENDES E MARQUES, 2014).

Nesse ponto, “ele era mais ambicioso na história da transferência per capta do que a gente tinha sido em toda a gestão do Jatene. Ele achava que isso era a solução”. Sendo uma lógica de financiamento oposta ao projeto do MARE, “o Barjas mandou o Bresser Pereira andar e tocou o negócio dele, né” (Entrevista 16).

De fato, as atenções institucionais se deram para aspectos administrativos naqueles anos. Uma marca dela foi o lançamento do Plano de Ações e Metas Prioritárias, que definiu o ano de 1997 como o *ano da saúde*. Esse plano contava com um acordo de financiamento, firmado com o BID e o Banco Mundial para a execução do projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), e indicava a priorização do Programa Saúde da Família, da descentralização de recursos com habilitação dos municípios em gestão plena de sistema municipal e plena em atenção básica, da criação e execução do PAB, da revisão da tabela SUS, de ações estratégicas (como a saúde da mulher e da criança), da regulação dos planos privados de saúde, dentre outros. Salvo apontar para aspectos centrais que indicavam a execução da diretriz da descentralização e o fortalecimento da atenção primária, conforme o pensamento sanitarista, esse documento continha premissas que sugeriam um redirecionamento das diretrizes básicas da Constituição. Isso teria ficado explícito quando se disse que a “saúde (...) não pode ser uma questão exclusiva do Estado, envolvendo, necessariamente, a família e outros diferentes segmentos sociais, nestes incluída a iniciativa privada” [122] (Ministério da Saúde, 1997, p. 3 apud MENICUCCI, 2007, p.252).

Com a agenda da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) voltada para a implementação do SUS, a capacidade de descentralização da política foi expressiva, tanto no que diz respeito à assistência, quanto no que se refere à gestão dos recursos e serviços (VIANNA, 2002). Por outra via, a velha prática de oferecer empréstimos com recursos públicos para a rede prestadora privada, como alternativa de melhora da qualidade da assistência pública, ganhou impulso por outras vias. Naqueles anos, negociou-se linhas de crédito na Caixa Econômica Federal para atender emergencialmente os hospitais e no BNDES para atender prestadores de serviços ao SUS, visando à modernização dos hospitais e

[122] O *ano da saúde* recebeu muitas críticas de professores, pesquisadores e especialistas da área. A título de prova, ver o número especial da revista da Fiocruz – Radis – sob o subtítulo “Entre o Estado Mínimo e o Estado Necessário”, nº 14, de julho de 1997 (PAIM, 2008).

laboratórios e a melhoria do atendimento[123]. Ou seja, criaram-se estratégias de financiamento para a melhoria e expansão da rede complementar de serviços ao SUS, atendendo aos prestadores que tivessem interesse e não pudessem ser atendidos pelos recursos do REFORSUS.

Por essas e outras, a aliança pró-SUS demonstrava desconfianças acerca das reais intenções do governo FHC na saúde. O debate circulava sobre em que medida as iniciativas do MS equivaliam a uma adesão ao projeto do SUS, ou ao projeto de focalização das políticas sociais em populações e grupos específicos, conforme a cartilha de intervenção do Banco Mundial. Por exemplo, no editorial da revista do CEBES – Saúde em Debate – foi dito que o Ministro Albuquerque assumiu a pasta com limites muito claros, propondo-se a trabalhar com recursos orçamentários preestabelecidos e direcionados para a racionalização da máquina administrativa, afinando-se com a reforma do aparelho do Estado (Diretoria Nacional CEBES, 1997, p.03). No CNS, houve situações em que se destacava a complacência do Ministro com as decisões da equipe econômica do governo – apelidada de "patrões do Ministério da Saúde" (Ata 70, do CNS outubro de 1997). Por outro lado, com frequência o MS ratificava que os planos do governo não eram alterar o SUS, e sim aperfeiçoá-lo:

> O Presidente disse que é necessário priorizar e executar programas visando em primeiro lugar às populações mais pobres. Isso acabou sendo interpretado como intenção de acabar com o SUS (BARJAS NEGRI, Secretário Executivo do MS, Ata 63 do CNS, março de 1997).

5.4.1 Mais tempo para a CPMF

Em termos do orçamento federal para o SUS, a situação do Ministro Albuquerque era menos dramática do que aquela vivida pelo Ministro Jatene. Entretanto, afora a trajetória prolongada de orçamentos públicos restritos para as políticas assistenciais de saúde, o que minguava a possibilidade de uma universalização da saúde com qualidade, a CPMF não era uma fonte estável, posto o seu tempo de vigência ínfimo, e era sabido que a sua a colaboração para a

123 Ver Informe BNDES, v.11, n.118, jul. 1998.

recuperação do orçamento do MS seria menor do que a prevista, dada a redução da participação de outros recursos (UGÁ et al., 2012).

Assim, o quadro ainda era preocupante, pelo menos para os gestores subnacionais[124] e outras entidades que apontavam para a limitação do problema do financiamento do SUS, seja mais por questões ideológicas, como CEBES e ABRASCO, ou por interesses corporativos dos trabalhadores, é claro, sem contar com as entidades prestadoras de serviços, interessadas em aumentos significativos na tabela de procedimentos. Contudo, o Ministro demonstrava sinais de não querer atrair conflitos com a área econômica do governo, ainda renitente em ampliar gastos com os setores sociais: “disse que lutará para receber o valor necessário e só responderá ao povo pela gestão do que lhe foi fornecido, devendo o restante ser cobrado do Governo” (Ata 66 do CNS, junho de 1997).

É fato que a CPMF não representou um alargamento expressivo no orçamento da saúde, por ter sido incorporada como uma fonte substitutiva – outras fontes de recursos que cobriam as despesas da saúde passaram a ser destinadas para outros setores do gasto público – e dela também se assegurar o pagamento de juros ao mercado financeiro (PIOLA et al., 2013). Mas, por outro lado, perder a CPMF, sem nenhuma outra solução, seria inevitavelmente perturbador para a política de saúde, bem como para o governo como um todo, pois, apesar de muitos terem sido relutantes no processo de aprovação em 1996, no ano seguinte já identificava-se naquele tributo um meio de ampliar as receitas da União, inclusive para cumprir o superávit primário.

Revelando o interesse direto da área econômica no Congresso Nacional, e sem envolvimento direto do Ministro Albuquerque, o Poder Executivo apresentou o PL 3553, em 28 de agosto de 1997, com o objetivo prorrogar por 24 meses a CPMF, contado a partir de 23 de janeiro daquele ano. Pouco tempo depois, com um apoio totalmente distinto de quando a PEC 256/1995 foi apresentada para instituir o *imposto da saúde*, sob a liderança de Jatene, os lideres do PSDB, do PFL, do PTB e do Bloco PMDB, PSD, PSL e Prona, solicitaram urgência para a votação do projeto, de modo a viabilizar uma votação no mês de novembro.

[124] Para ilustrar, um representante do CONASS, Anastácio de Queiróz, afirmou que “seria uma grande irresponsabilidade do CONASS atestar que, do jeito que o orçamento (de 1998) foi apresentado pelo Ministério da Saúde, estaria tudo bem, quando certamente não está, nem estará” (Ata 70, CNS, outubro de 1997).

Os argumentos contrários utilizados pelos deputados da oposição tomaram um tom de avaliação dos resultados, centrando-se de forma mais incisiva na questão das finalidades da CPMF e no uso da mesma para substituir fontes[125]. Ou seja, argumentavam que os recursos não estavam sendo utilizados exclusivamente para a saúde, particularmente também utilizados para o pagamento da dívida pública, como visível pela frase "seremos coniventes com essa farsa de aprovar recursos para o setor e, depois, engordar o bolso dos especuladores, dos banqueiros e daqueles que criaram a crise, mas que nunca pagam por ela" (Humberto Costa, representando o bloco PT/PDT/PC do B). Nessa linha, novamente insinuava-se que o governo não queria resolver o problema da saúde, pois, se assim quisesse, apoiaria a aprovação da Emenda nº 169, do Deputado Eduardo Jorge[126]. O sanitarista Sérgio Arouca, então deputado federal pelo PPS, disse que com *profunda tristeza* a bancada de seu partido votaria contra a prorrogação da Contribuição, pois, uma vez não cumprido o acordo feito no Congresso, de encontrar as verbas necessárias para a área da saúde, estariam repassando ao Governo a responsabilidade de resolver esta questão (Dep. Sérgio Arouca, PPS; DCD, 25 de julho de 1997, p. 21272).

Por outro lado, a base aliada estava indubitavelmente coesa naquela situação em que pedia apenas a expansão do tempo para a arrecadação do tributo. Os discursos transitavam entre a importância da contribuição para a saúde e a necessidade de enfrentamento da crise econômica no país e no mundo, alguns reconhecendo que havia problemas no uso da Contribuição na saúde, outros destacando os avanços no setor. Por exemplo, apesar do discurso de que o PMDB tinha muitas restrições a qualquer acréscimo de impostos e de reconhecer que a CPMF tinha adquirido um caráter substitutivo de fontes para a saúde, o deputado Wagner Rossi, representando a liderança do partido, disse que não tinham como negar a prorrogação ao governo, por haver uma crise no país. Por outro lado, o

[125] Quando se fala de fonte substitutiva, é importante saber que a CPMF tornou-se rapidamente a principal fonte de financiamento da saúde, no que tange aos recursos do governo federal. Superando a COFINS, que era a principal fonte de recursos em 1996, a CPMF custeou quase 28% e 37%, das despesas do Ministério da Saúde, respectivamente em 1997 e 1998. Segundo o Ministro da Saúde, se não aprovada a sua prorrogação antes do dia vinte e um de janeiro, a cada dia perder-se-iam vinte milhões de reais para o SUS.

[126] De fato, inexistiam ações do governo na direção de viabilizar qualquer proposta de vinculação de recursos da seguridade social para o SUS ou outra solução permanente para o problema do financiamento.

deputado Inocêncio Oliveira justificou o seu voto *sim*, dizendo que a saúde era uma prioridade, porquanto em várias medidas de ajustes, o governo federal não havia incluído cortes nos recursos da saúde, pelo contrário, havia acabado de autorizar mais recursos na LDO de 1998 (exatamente 400 milhões) (DCD, 25 de julho de 1997).

O certo é que o governo conseguiu aprovar aquela PL sem grandes problemas, com 283 votos a favor e 118 contra, e a PL 3553/1997 foi transformada na Lei 9539/1997, garantindo um pouco mais de tempo para a CPMF, demonstrando, mais uma vez, o poder de agenda do Executivo e a força da coalizão em torno do governo.

5.4.2 A aprovação da regulamentação dos planos privados na Câmara

O Ministro Albuquerque deixou claro ser favorável à consolidação de um sistema de saúde suplementar no país. Ele chegou a afirmar que o governo estaria tentando montar um "sistema nacional SUS", que permitiria compartilhar e fazer conviver "dois sistemas", pois, em outras experiências nacionais, sabia-se que a predominância de um sistema público ou de um sistema privado "não havia dado certo". Apesar de dizer que esperava que nenhum sistema predominasse sobre o outro, ele se disse favorável ao setor público cobrir as doenças e procedimentos daquilo que não ficasse determinado nos contratos privados, fossem eles coletivos ou individuais, pois seria "fantasia se pensar que as empresas poderiam sustentar a cobertura total de seus beneficiários" (ata 66 do CNS, em junho de 1997). Em sequência, considerando a ausência de informações para estipular o real gasto com a saúde no Brasil, pois inexistiam controles acerca das despesas privadas com medicamentos e assistência privada, o mesmo defendeu que negociar com as empresas de planos e seguros era a melhor alternativa para a sociedade e para o SUS, pois a "parceria com as empresas aliviaria os recursos públicos para o setor*"* (idem). Havia, portanto, uma apropriação dos argumentos usados pela Fazenda em relação ao setor de planos e seguros privados.

Na Câmara dos Deputados, a discussão continuava polarizada entre aqueles que queriam instituir uma Lei em que houvesse a garantia plena do direito do consumidor, tal como a ideia de universalização, e a ampliação da autonomia

profissional, e aqueles que punham o debate mais sobre como o mercado seria sanado pelo Estado. Uma saída para amenizar os conflitos foi ampliar os espaços de participação social. No período de outubro de 1996 a março de 1997, foram realizadas doze audiências públicas, quando foram ouvidos atores públicos e privados, deixando mais explícitas as ideias e os interesses em jogo. Após as audiências públicas, um grupo informal foi constituído com o objetivo de obter algum entendimento na elaboração de um substitutivo (MENICUCCI, 2007). Por dois meses, esse grupo elaborou um novo anteprojeto, encaminhado pelo Governo, por meio dos Ministérios da Fazenda, da Justiça e da Saúde, à Comissão Especial do Congresso Nacional e acolhido pelo Deputado Pinheiro Landim. Mesmo já bastante modificado em relação à primeira versão apresentada à Comissão Especial, com a agregação de reivindicações múltiplas, o anteprojeto do Governo foi repudiado pela bancada oposicionista do Congresso.

A base governista e o bloco oposicionista concordavam sobre a necessidade de uma regulamentação[127]. A oposição insistia que a proposta do governo, a ser votada, atendia aos interesses das operadoras e ainda não protegia de forma integral os cidadãos que optassem ou pudessem adquirir um plano de saúde. Eles denunciavam e reconheciam que o mercado de planos e seguros de saúde era contrário à perspectiva universalista e igualitária da política de saúde definida na Constituição de 1988, pois partiria da lógica de tratar a saúde como um negócio, uma mercadoria, na qual o poder do cidadão é exíguo, mas a regulamentação era necessária porque o governo FHC e seus antecessores não criaram as condições de efetivação do SUS. Assim, já que uma parcela substantiva da população estava submetida ao poder econômico, era preciso criar uma Lei.

> (...) o Congresso Nacional se ocupa deste assunto sobretudo porque o Governo não cumpre sua obrigação constitucional de garantir um sistema público de boa qualidade, gratuito e acessível para toda a população. (...). Segundo, ocupamo-nos deste debate porque nossa população, de 40 milhões de brasileiros, está ao deus-dará. (Dep. Agnelo Queiroz, PC do B; DCD, 9 de outubro de 1997, p. 31867).

[127] Por exemplo, para Eduardo Jorge do PT, “o usuário, o cidadão, em geral, não tem esse poder, porque ele não detém a capacidade e as condições de informação em igualdade de condições com o prestador do serviço, o médico, a empresa de saúde que lhe fornece o serviço” (DCD, 09 de outubro de 1997, p. 31860). Em direção parecida, Ronaldo Cezar Coelho do PSDB disse: “trata-se de regular um mercado hoje inteiramente sem lei, um mercado que permite toda a sorte de fraudes, de engodos, de planos que prometem, mas não cumprem que permite toda a sorte de assaltos e ameaças à economia popular” (DCD, 15 de outubro de 1997, p. 32449).

Mas, apresentada pelo relator do PL 4425/1994 na Comissão Especial, a contraproposta do governo era vista pela oposição como uma forma de validar a prática predatória das empresas de planos e seguros de saúde, pois criava um esteio governamental ao setor privado, dentre outras coisas, por conta de o primeiro acabar assumindo a cobertura de procedimentos de maior custo, além de criar segmentações assistenciais:

> (...) essa integralidade que se pretende dar com o sistema público de saúde é a oficialização do parasitismo. (..), mas também a permissão dos convênios para haver duas portas nos hospitais públicos como está ocorrendo: a porta daqueles que pagam, e que terão um tapete vermelho, flores, ausência de filas e médicos experientes; e a porta daqueles que não pagam que os enviará para um porão, com um sextanista, com um estagiário ou com aqueles médicos menos experientes e filas intermináveis (Dep. José Pinotti, PSB; DCD, 9 de outubro de 1997, p. 31862).

Já a base governista adotava a ótica de políticas sociais focalizadas e a ideia de que um setor privado fortalecido diminui os custos e aumenta a eficiência do Estado. O entendimento era o de que um setor privado forte era a garantia do próprio SUS, visto que, ao se regular e ampliar a concorrência, desafogava o Estado e tornava-o capaz de dispender o gasto de forma mais eficaz, voltado apenas para a população incapacitada de financiar a sua própria assistência médico-hospitalar. Por isso, defendia-se que era preciso criar as condições para os planos e seguros de saúde se tornarem mais atrativos para os antigos e novos clientes, voltando a assistência do SUS para grupos específicos: “queremos, ao contrário, garantir a existência do Sistema Único de Saúde, liberando uma parte da população para o sistema suplementar” (Dep. Laura Carneiro, PFL; DCD, 9 de outubro de 1997, p. 31866). Assim, a defesa da matéria debatida no Congresso tendeu a justificá-lo como uma proposta legítima, tendo em vista as audiências públicas, com incorporação de reivindicações das entidades de defesa do consumidor.

Nessa polarização, novamente o governo conseguiu vitória. O projeto aprovado mantinha a lógica de regulamentação acerca de aspectos que garantissem a solvência das operadoras de planos e seguros de saúde. Isso não pode ser entendido como algo ao total encontro dos interesses do mercado, posto que, *a priori*, esse era contra a regulação estatal e nem todas as modalidades de operadoras mostraram-se satisfeitas. Mas, por outro lado, o projeto que saiu da câmara para o senado também não atendia aos atores que desejavam uma Lei mais

ousada nos aspectos assistenciais do setor, conforme defendido pelo Conselho Nacional de Saúde e a oposição ao governo. Contudo, no Senado Federal, um novo revés apareceu no cenário político, com solução inusitada em função do Ministro que substituiu Carlos Albuquerque – o então senador José Serra.

5.5 Gestão Serra (e Barjas Negri): o poder político como instrumento

Mesmo antes de assumir o cargo, em 31 de março de 1998, José Serra impôs condições para o seu retorno ao governo, particularmente em função de um dos pontos mais controversos, conhecido por quem já havia sido Ministro do Planejamento: o financiamento do SUS. Tal postura inquietou o próprio presidente:

> Ele quer que eu garanta o que eu não posso garantir; que ele vai ter sei quantos milhões a mais, como se isso dependesse só de uma vontade do rei. Serra não entendeu que na democracia o jogo é mais complicado, que eu posso dar uma ordem, no dia seguinte sai no jornal que estou gastando dinheiro público sem prestar atenção ao deficit, e começa um desgaste enorme. O voluntarismo em política sempre é um desastre (CARDOSO, 2015).

Para rememorar, José Serra havia sido eleito senador nas eleições de 1994 e assumiu o cargo de Ministro do Planejamento e Orçamento no início da gestão de FHC, até meados de 1996, quando se candidatou à Prefeitura de São Paulo pelo PSDB. Ao perder, retornou às funções de senador da República. Naquelas circunstâncias, Pedro Malan era contrário ao retorno de Serra ao governo, especialmente para assumir qualquer cargo ligado à política econômica, já que o aquele era um dos maiores críticos ao câmbio fixo e sobrevalorizado (abandonado no início de 1999) e tinha tido fortes confrontos com outros atores da área econômica, quando era Ministro do Planejamento.

Note-se que os atores principais que compunham o bloco político no poder se dividiam em duas orientações liberais: o fundamentalismo neoliberal e o liberal desenvolvimentismo. Tendo Pedro Malan no Ministério da Fazenda, Gustavo Franco no Banco Central e Winston Fritsch como secretário de Política Econômica, a primeira orientação predominou no governo, ao perseguir uma estabilização rápida dos preços por meio de medidas de sobrevalorização do câmbio, abertura comercial e sua ampliação, política de altos juros, ajuste fiscal progressivo, dentre outras. Na versão liberal desenvolvimentista, que tinha como principais expressões o Ministro

da Comunicação Luiz Carlos Mendonça de Barros, do Ministro da Administração e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser Pereira e o próprio José Serra, dentre outros, pensa-se que se deve priorizar a estabilização monetária, mas isso deve ser condicionado aos efeitos potenciais destrutivos que as políticas anti-inflacionárias ocasionarão no sistema produtivo. Por isso, defende-se um câmbio não apreciado, para evitar deficits na balança de transações correntes (comercial e de serviços) e juros mais baixos, para não desestimular a produção e o investimento (PEREIRA, 1998).

Mesmo com essa oposição de muitos atores da área econômica e as próprias críticas do Presidente ao comportamento de José Serra, Fernando Henrique o queria como Ministro da saúde. As cogitações são de que o convite para a saúde estaria relacionado a duas questões principais, quais sejam: a saúde pública estar no topo dos itens mal avaliados pela população e a necessidade de um novo processo de aprovação da CPMF no Congresso, num momento já de sinais de crise econômica. Mesmo querendo retornar para outras áreas, ligadas ao Trabalho ou algo que incluísse o BNDES e a Caixa Econômica, ou mesmo ao Itamaraty, José Serra aceitou o cargo.

Nada periférico ao núcleo central de poder, a retórica de José Serra foi menos de acusar outros atores acerca dos problemas da saúde, e mais de mostrar-se pronto para assumir a pasta da saúde, pois “toda vez que ele (Ministério da Saúde) encarnar efetivamente o vértice de responsabilidade pelos problemas que aparecem abrir-se-á uma chance nova para revigorar o seu trabalho e a sua ação”. Ainda pela ótica da ética da responsabilidade, e como bom conhecedor de seu capital político, Serra disse ser

> (...) o primeiro não médico a assumir o Ministério da Saúde em várias décadas. Mas não creio que foi como economista que o presidente Fernando Henrique Cardoso me convocou para esta missão. Convocou-me como político, indivíduo que, na definição de Max Weber, tem compromisso com os resultados de sua ação. Tal compromisso, porém, não prescinde de princípios e são estes princípios que, em última instância, fazem a diferença entre uns políticos e outros (BRASIL, 1998, p.36).

Em direção ao pensamento sanitarista, o novo Ministro disse concordar com a orientação constitucional que consagra a universalização do atendimento à saúde e citou vários aspectos para fazer melhor funcionar o SUS. Isso equivaleu a discorrer sobre reputar a função de coordenação da esfera federal, diminuir o

despreparo administrativo das outras esferas da união para executar as ações de saúde, combater a corrupção e o desperdício de dinheiro público, investir no controle e regulação do SUS, formar recursos humanos, controlar endemias e doenças infeciosas, dentre outros temas relacionados à qualificação da gestão e da assistência. Sobre a participação do mercado, afirmou que grande parte da população não teria dinheiro para adquirir a sua assistência à saúde no mercado, o qual é "extremamente imperfeito". Por fim, em sua posse, citando Arrow, ele destacou a necessidade de o Estado intervir no mercado; relembrando Marshall, registrou que garantias e recursos para a saúde eram obrigações do Estado para com todos os cidadãos (BRASIL, 1998).

Naquele mesmo ano de chegada de José Serra ao Ministério da Saúde, em razão da reeleição de Fernando Henrique, um novo programa de governo – *Avança, Brasil* – prometeu que seriam criadas "as condições necessárias para a implantação e consolidação do SUS, removendo os obstáculos que têm prejudicado o seu desenvolvimento*"*. Isso significava manter, inclusive, a "fidelidade aos mandamentos constitucionais da saúde como integrante da seguridade social; da saúde como direito de todos e dever do Estado; da relevância pública das ações e dos serviços de saúde" (PROGRAMA, 1998, p.67). Nessa direção, ratificaram-se os princípios organizativos do SUS: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Quanto à rede assistencial, no Programa de Governo, teve-se que reconhecer a persistência de problemas severos, especialmente relacionados à média e à alta complexidade, como a superlotação e as filas nos prontos-socorros dos grandes centros urbanos; a garantia do acesso aos serviços de média e alta complexidade; a espera prolongada para atendimento em ambulatórios especializados; a desumanização do atendimento (PROGRAMA, 1998, p.84). Para reverter o problema, propunham-se "*soluções criativas"*[128]*.* Uma dessas seria melhor definir as atribuições de cada ente federativo, deixando que os municípios assumissem não apenas a execução das ações de saúde, mas também a gestão de recursos e a autonomia no planejamento e avaliação das ações e serviços do SUS.

[128] Algumas propostas eram a criação de mecanismos de regulação, como as centrais de marcação de consultas, exames e internações, como forma de racionalização dos recursos e ampliação do acesso a serviços especializados, avaliação e controle dos serviços, e da Central de Transplantes; o estabelecimento de indicadores de avaliação e fiscalização da qualidade; e, novamente, a definição de mecanismos de transferências intergovernamentais e de gestão local.

Com uma equipe composta ainda por Barjas Negri, mas também por dirigentes sanitaristas, como Renilson Rehen e João Yunes, que assumiram, respectivamente, a Secretaria de Assistência à Saúde e a Secretaria de Políticas de Saúde, a agenda do MS foi abrangente na Gestão de José Serra, que ajudou a desencaixotar muitas ideias paradas.

A descentralização de funções e recursos para as demais esferas de governo e o fortalecimento da atenção primária pela Estratégia Saúde da Família continuou na agenda, porém, dados os problemas observados na implantação da NOB 96[129], tornou-se central a estratégia da regionalização, ativada pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2000/2001. Isso significou uma maior consideração à atenção hospitalar e especializada, e a necessidade de estados e municípios se readaptarem aos novos critérios de transferências de recursos da União, bem como o uso de instrumentos técnicos e financeiros de planejamento e cooperação regional (Programação Pactuada Integrada, Plano Diretor de Regionalização, dentre outros). Além disso, outros programas e ações tornaram-se relevantes: campanhas para diminuição das filas (mutirão da catarata, mutirão das cirurgias eletivas etc.), informatização do sistema (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, Cartão SUS etc.), criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), inserção dos hospitais universitários e de ensino no SUS, Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), constituição de uma política nacional de medicamentos, criação de um sistema nacional de auditoria e regulação do SUS, regulação da saúde suplementar (que se verá adiante), dentre outros.

Algumas dessas ações ganharam repercussões midiáticas. Em destaque, a pauta dos medicamentos significou uma forte colisão do governo com a indústria farmacêutica. Com o apoio da Frente Parlamentar da Saúde, em novembro de 1999, Serra propôs a criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos medicamentos na Câmara dos Deputados. Ela foi instituída com o pressuposto de que os preços dos medicamentos estavam abusivos, com reajuste de 60%

[129] O diagnóstico sobre a descentralização consistia, dentre outras coisas, em: 1) a alocação dos recursos financeiros do processo de descentralização não conferira a ênfase devida à diretriz de regionalização e hierarquização; 2) necessidade de maiores investimentos na atenção básica à saúde e no sistema de referência e contra referência; 3) a limitada responsabilidade reguladora dos estados na gestão do espaço intermunicipais; 4) a média complexidade não sofrera reordenação dos serviços, no âmbito da atenção básica, dentre outros (Atas 102 e 103 do CNS, novembro e dezembro de 2000).

(sessenta por cento) acima da inflação, justificado, até então, pela alteração cambial promovida pelo Governo Federal. No decorrer dos seus trabalhos, constataram-se o superfaturamento e formas de burlar a tributação[130].

Quanto à rede assistencial, apesar do investimento na atenção primária à saúde, pouco se fez para uma reestruturação da rede pública de serviços. Entre 1999 e 2002, investiu-se menos de 0,01% em ações específicas de urgência e 0,6% na infraestrutura de outros tipos de serviços. Na prática, a média de gasto disposto como investimento direto do investimento Federal no SUS foi de 1,05% do gasto total do MS. Esses valores não representam o total do investimento financiado com recursos federais, uma vez que outros recursos para esse mesmo fim estão incorporados na rubrica de transferências para estados e transferências para municípios (CONASS, 2011), mas sinalizam para a manutenção do padrão de relação de prestação de serviços por meio da rede privada conveniada[131].

De qualquer forma, embora permeada por contratempos, dentre os quais conflitos com o CNS e alguns desacordos com a CIT, que ainda expressava uma aliança entre os gestores, embora ainda centrada em questões procedimentais (MIRANDA, 2003), a presença de um Ministro com perfil político (com claras intenções eleitorais para 2002) e com capacidade de disputar poder com outras instâncias de governo foi importante para avançar numa mudança gradual do SUS, sem tantos retrocessos diante da conjuntura econômica instável e de produção estagnada, beirando a recessão, num governo de cunho liberal em cuja agenda portava novos ajustes econômicos: “só não teve mais retrocesso do governo

130 Com grande cobertura da mídia, quarenta e sete laboratórios foram denunciados por preços abusivos, vinte e um laboratórios por formação de cartel e outros laboratórios, por razões diferenciadas, como furtos de carga, sonegação, falsificação etc. Ao se combater o monopólio na produção de medicamentos, introduziram-se no país mecanismos de produção e uso de medicamentos genéricos, de modo a aumentar a concorrência e baratear o seu preço. Além disso, o Ministro da Saúde fortaleceu o papel regulador da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – autarquia criada naquele período, pela Lei 9782/1999, atendendo à lógica de agências reguladoras propostas na reforma do Estado.

131 Isso condiz com o previsto no programa de Governo, porém, apesar da promessa de superar um gasto público equivalente a quatro por cento do PIB, que aconteceria de forma compartilhada entre os três níveis de governo e com “a estabilidade de recursos federais que financiem as ações e serviços de saúde a serem executados de forma descentralizada” (PROGRAMA, 1998, p.94) não ficou explícito, nem no programa de 1994, nem no documento de 1998, o interesse em investir na constituição de uma rede pública de serviços mais robusta. Neste plano, as metas quase sempre começam com o verbo ‘melhorar’ ou outro equivalente. Interessante observar que, em 1995, a taxa de investimento do MS no SUS foi de 1,4 do orçamento daquele ano, orçado ainda no Governo Itamar. No ano de 1996, essa taxa passa para menos da metade, registrando apenas 0,6% do orçamento. Nos anos seguintes do primeiro mandato, as taxas se mantêm a 0,8%. O máximo alcançado foi no ano 2000, com o total de 1,6%.

Fernando Henrique porque o Serra era um ministro muito forte" (Entrevista 7). Contudo, a presença de José Serra também representa interferências em decisões sobre o financiamento do SUS e sobre a participação dos planos e seguros de saúde que precisam ser entendidas, inclusive porque geraram grande impacto no futuro da política.

5.5.1. CPMF: novamente na pauta

Em 1999, o documento *Análise da Conjuntura Nacional em Função da Saúde* relatou um cenário de estabilização ameaçado com a desvalorização do real, de explosão da dívida pública (com aumento da ordem de R$ 60 bilhões, em quatro anos) e de transferência de renda ao capital financeiro, além de incapacidade crescente de Estados e Municípios para a prestação e financiamento dos serviços de saúde etc. (Ata 84 do CNS, março de 1999). Outro relatório, *Reforçando a ousadia de cumprir e fazer cumprir os princípios constitucionais do sistema único de saúde* sistematizou as críticas do CNS sobre a gestão e o financiamento do SUS (Ata 91 do CNS, outubro de 1999).

Como é fácil supor, a gestão de Serra foi permeada também de conflitos no interior do governo, sendo incisiva a ação do Ministro da Saúde para não diminuir o orçamento da área, inclusive com ameaças de afastar-se do cargo:

> Fiquei indignado: "Serra, o Brasil está desmoronando e você está pensando em seu orçamento? E o orçamento geral? Aliás, nós preservamos a saúde e a educação. Será que você não percebe que há sinais de crise e que não é momento para isso? (...) no fundo é a mesma história de sempre, a desavença dele com a equipe econômica (CARDOSO, 2016).

A solução defendida por Serra para a questão do financiamento dizia respeito também à vinculação de receitas e a um piso mínimo para a saúde, impondo um contrassenso a algo pretérito daquela liderança: ser contra, *por princípio,* à vinculação de recursos. Adiantando-se às polêmicas, ele explicou que, ideologicamente, era realmente contra a vinculação de recursos nos orçamentos públicos, porém, em razão de circunstâncias políticas, teria sido plástico em seus princípios, inclusive sendo um dos principais defensores da vinculação de uma parte do orçamento da seguridade social para a área da saúde.

Em 1998, a renovação da CPMF era indubitavelmente um dos focos do governo. Já experimentada a capacidade ampliada de arrecadação da CPMF, a equipe econômica mostrou o seu interesse em mantê-la. Porém, ao mesmo tempo, julgavam necessário aumentar a alíquota, ampliar o seu uso para outros tipos de despesa do governo, quase duplicá-la, sem nenhuma vinculação com o SUS. Mais próximo a essa proposta, a mensagem do Presidente recém-empossado ao Congresso Nacional, na primeira Sessão Legislativa Ordinária da 51º legislatura, foi que o Congresso, no final da legislatura passada, havia dado um grande passo para consolidar o fundamento fiscal da estabilidade. Das medidas legislativas previstas no programa de ajuste, falta aprovar apenas a CPMF na Câmara[132].

Sabendo disso, astuciosamente, a alegação de José Serra era de que "sem a vinculação não existe a CPMF, porque a bancada da saúde não aprova". Com clara oposição às pretensões de Pedro Malan, ainda em 1998, Serra adiantou-se para conversar não apenas com lideranças da situação, mas também com dirigentes da oposição, inclusive, segundo ele, com candidatos à presidência, para explicar que "o governo não vai faturar com isso", antevendo uma possível rejeição da proposta em virtude do jogo eleitoral. Serra também divergia acerca do aumento da alíquota da CPMF, pois, para ele, existiria um nível no qual as pessoas passariam a não mais utilizar o *cheque* (Ata 79 do CNS, dezembro de 1998).

A PEC 34/1998, que tratava de prorrogar e alterar a alíquota na cobrança da CPMF, ganhou vida no Congresso apenas passadas as eleições, exatamente em 18 de novembro de 1998, sendo anuída pela grande maioria dos votos na plenária do senado em 19 de janeiro de 1999[133]. Ao chegar à Câmara para revisão, a referida PEC passou a ser nomeada de PEC 637/1999, a qual, na Comissão Especial, recebeu parecer favorável pela sua admissibilidade, sem aceitar nenhuma das doze emendas apresentadas. Em plenário, em março de 1999, a base parlamentar do governo já se mostrava bem unida para a sua aprovação.

Nesse momento, os argumentos favoráveis apelaram basicamente para quatro razões. Uma primeira associou a CPMF à proposta de reforma fiscal e

---

132 Mensagem de posse na íntegra de Fernando Henrique Cardoso ao Congresso Nacional, em 22 de fevereiro de 1999, acessível em http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/mensagem-ao-congresso-nacional/mensagem-ao-congresso-nacional1998-fernando-henrique-cardoso/view

133 O 1º turno de votação no Plenário do Senado ocorreu em 06/01/1999 (61 votos sim e 12 não) e o 2º turno em 19/01/1999 (64 sim e 12 não).

tributária, dizendo que o aumento da carga tributária através da CPMF ajudaria a diminuir o deficit público para o controle de inflação, bem como aumentaria a credibilidade do país para conseguir linhas de crédito de financiamento internacional. Em sentido parecido, o contexto de crise econômica era apresentado como um determinante a ser enfrentado. Num terceiro tipo ressaltaram-se novamente as características do imposto, defendendo-o como *insonegável*, que não trouxe inflação e que não recaía aos mais pobres. Por outro lado, a oposição utilizava das mesmas dimensões postas pela situação, mas a partir de uma leitura bastante divergente. De modo enfático, criticou-se a política macroeconômica, afirmando-se que a CPMF não servia para contenção da inflação, nem para o aumento da qualidade de vida da população, mas para a continuidade da submissão do governo aos interesses dos credores e capital internacional. Em algumas circunstâncias deixava explícito que central era uma reforma tributária, mas que o governo "não conseguia tirá-la da gaveta*",* por não ter coragem de promover uma reforma que incidisse sobre patrimônio e renda. Em relação às características do tributo, acusou-o de ser regressivo e, por isso, gerador de inflação que recaía nas atividades dos pequenos comerciantes, agricultores etc.. Especificamente em relação à política de saúde, novamente falou-se que a CPMF teria sido *desviada* para outras finalidades e teria assumido o papel de substituir fontes da seguridade social. Do mesmo modo, se contradizia a alegação de deficit na previdência e sim desvio de seus recursos (DCD,11 de março de 1999).

Com um trâmite claramente menos polêmico e mais rápido do que aquele visto na PEC 256/1995, que resultou na aprovação da CPMF em 1996, era praticamente certo que a oposição possuía poucas chances de barrar a renovação da Contribuição[134]. De qualquer forma, novamente o sucesso foi do governo e de sua base de apoio parlamentar, que conseguiu, em março de 1999, cerca de cinquenta votos a mais do que aqueles três quintos necessários para a aprovação.

O texto aprovado gerou a EC 21/1999. Esta definiu quatro ações centrais sobre a arrecadação da CPMF: a) prorrogar, por 36 meses, a sua cobrança; b) elevar a sua alíquota, de 0,20 %, para 0,38 %, nos dois primeiros doze meses, e

[134] Uma das estratégias, sem resultado positivo, foi o requerimento do adiamento da discussão, conforme possível pelo regimento interno. A alegação era a de que as propostas de audiências públicas haviam sido recusadas nas comissões e de que as autoridades do governo haviam se recusado a um debate aberto, apesar "de que os Ministros estão de prontidão", inclusive fazendo reuniões informais, "lobby".

para 0,30% nos vinte e quatro meses subsequentes; c) vincular o resultado do aumento da sua arrecadação decorrente da alteração da alíquota ao custeio da Previdência Social; e d) autorizar a União a emitir título da dívida pública interna, em montante equivalente ao produto da arrecadação da contribuição, prevista e não realizada em 1999, vinculando os recursos correspondentes ao custeio da saúde e da previdência social. Isto é, o governo ficou autorizado a arrecadar quase o dobro do que já vinha arrecadando e a utilizar os recursos para objetivos do governo federal que ultrapassavam a política de saúde por mais três anos. O mais importante de frisar é que esse processo não foi fruto de um consistente acordo no governo, pois foram sérios os atritos de Serra com o Ministro da Fazenda e o do Planejamento, seja pelo tempo de renovação, seja pela vinculação dos recursos para a saúde.

5.5.2 EC 29: uma solução para o financiamento?

Ainda no Governo Itamar, a PEC 169/1993, apresentada por Waldir Pires (PSDB) e Eduardo Jorge (PT), obteve amplo apoio dos deputados (exatas 318 assinaturas de apoio). A justificativa daquela Emenda era de que “a Constituição de 1988 não deu à área da Saúde o mesmo tratamento ‘protetor’ que conferiu à educação”, mas que isso poderia “ser equacionado no contexto do inovado conceito de Seguridade Social e suas fontes de financiamento”. A solução abrangia três medidas: a) que a União alocasse os recursos necessários (30% do Orçamento da Seguridade Social e 10% das receitas dos impostos); b) autorização para que a saúde recebesse também recursos do Orçamento Fiscal; c) e que estados, municípios e Distrito Federal comprometessem 10% de suas receitas com saúde. Após as discussões da Comissão Especial, inclusive com a participação e manifestação de apoio de várias entidades, como CONASS e CONASEMS, o relator, deputado Darcísio Perondi (PMDB), integrante da Frente Parlamentar da Saúde, apresentou o seu parecer favorável com substitutivo em meados de 1995. Em outra situação, o referido deputado disse que o Governo desviou da Seguridade R$ 9,1 bilhões, e o Fundo de Estabilização Fiscal retirou da Seguridade R$ 4,8 bilhões, totalizando R$ 13,9 bilhões (Ata 63 do CNS, março de 1997). Para um dos

informantes desta pesquisa, o interesse deste parlamentar em ampliar mais recursos deve-se ao fato de ele mesmo representar os interesses privados no Congresso, de longa data: “quando Darcísio Perondi defende mais recurso pro SUS, ele não tá defendendo recurso pro SUS, ele tá defendendo pras Santas Casas de Misericórdia, pros hospitais privados, que é pra quem ele trabalha no comércio nacional (Entrevistado 3).

O substitutivo propunha a inserção de mais dois dispositivos no art. 167. Um deles, sob a forma de inciso X, vedando a utilização dos recursos consignados ao Orçamento da Seguridade Social para a realização de despesas próprias do Orçamento Fiscal, bem como a sua aplicação junto ao Banco Central. O objetivo disso, segundo o próprio parecer, era “evitar que a criatividade de nossos burocratas da área econômica” colocasse os recursos sociais à disposição do Executivo, com o objetivo de suprir eventuais rombos no orçamento e atender à política monetária. Um segundo ponto ratificava a exigência de que 30% do orçamento da seguridade social fossem destinados à saúde, retirando a obrigação de 10% do orçamento fiscal, pois, apesar de desejável, a proposta tornar-se-ia extremamente difícil de ir ao plenário. Um terceiro mantinha a exigência de 10% para as demais esferas de governo. Em setembro de 1995, sem a apresentação de nenhuma emenda, houve a provação unânime da PEC 169-A.

Pelo ângulo do apoio social à PEC 169, pode-se dizer que o mesmo era elevado, dado consistir como uma oportunidade de constituição de uma solução permanente e estável para o financiamento do SUS. Além das entidades representantes de secretários de saúde, outras entidades da sociedade civil apoiavam a aprovação da emenda, como foi o caso, por exemplo, da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Confederação Nacional de Misericórdias do Brasil, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, dentre outras mais ligadas ao processo de implementação do SUS[135].

[135] O apoio do CNS à PEC-169 está registrado nas Resoluções 219 e 239, ambas de 1997.

Diante disso, desde 1997, o governo federal se disse aberto a negociar a definição de percentual mínimo, atrelando essa alternativa à reforma fiscal e tributária que se queria emplacar: “já existe o consenso entre as áreas econômicas da vinculação, devendo esse consenso ser fechado dentro do Governo Federal, quando então se poderá negociar com os Governadores e Prefeitos” (Ministro Albuquerque, ata 66 do CNS, junho de 1997). Nada obstante, essa *abertura* estava associada ao interesse de deslocar atribuições e responsabilidades para os demais níveis de governo, no que tange ao financiamento (MENICUCCI, 2007). Porém, sem nenhum esforço mais contundente do governo e da presidência da Casa em pô-la em votação, a questão de uma solução mais efetiva para o financiamento do SUS só entrou na agenda decisória com José Serra como Ministro da Saúde, o qual se disse determinado em criar meios de alavancar a saúde: “a forma correta será vincular o conjunto de receitas da Seguridade, emenda do Deputado Eduardo Jorge (...) excluindo a Previdência, porque a emenda da Previdência diz que a receita da folha é exclusiva da Previdência e isso já foi feito” (Ata 79 do CNS, agosto de 1998).

O motivo de entraves do próprio governo basicamente era o mesmo: ser contra a vinculação de recursos. Nesse aspecto, José Serra continuou sem o apoio da Fazenda, somado à objeção de outras lideranças do PSDB, como o Governador Tasso Jereissati do Ceará, e do principal partido aliado do governo – o PFL, inclusive do presidente do Senado – o Senador Antônio Carlos Magalhaes (COSTA, 2002). A oposição ao governo, segundo Serra, apesar de não ser um dos maiores problemas, pois era *pequena*, não queria dar *colher de chá*, pois tendo mais dinheiro para gastar, o governo seria fortalecido politicamente nas eleições presidenciais de 1998 (Ata 79 do CNS de 1998).

Porém, considerando que as regras regimentais da Câmara poderiam obstruir a proposta da PEC 169/1993, pois naquele momento não era possível modificá-la, exceto por um acordo de lideranças para que ninguém invocasse o Regimento Interno, o que é muito difícil de ocorrer, o Ministro Serra relata que propôs um acordo com o PT. Nesse último ponto, repetiu-se algo já visto nas votações da CPMF: o comando nacional do PT recusou-se a apoiar as intenções de Serra em relação à emenda, mesmo essa sendo de autoria de um deputado daquele partido e tendo sido uma das justificativas frequentemente verbalizadas por

deputados nas plenárias do Congresso, conforme já relatado. Pela versão de José Serra, já passada a tentativa de acordo para manter a PEC 169.

> (...) o PT foi contra uma negociação em torno dessa proposta, porque não havia emenda em torno (...). Pode até ser que o PFL, posteriormente, não tivesse aceitado, mas, preliminarmente, precisava da Oposição. Então, tínhamos que modificar a proposta do Deputado Eduardo Jorge, porque ela não tinha a CPMF e era "de uma vez por todas", o que não dá certo. (...) Quero dizer que o Deputado Eduardo Jorge estava totalmente de acordo com a proposta que fizemos (Ata 79 do CNS, novembro de 1998).

Abortada a tentativa de negociação, a PEC 82/1995[136] foi alterada e posta em votação em julho de 1998, na Câmara dos Deputados, mas isso só ocorreu em outubro de 1999. Nessa lacuna do tempo, tudo indica que, como José Serra já havia atenuado a crise da saúde e conseguido a aprovação da CPMF, ele logo deixou de defender a vinculação de 10% das receitas da União para a saúde, com o cálculo de 12% e 15% para estados e municípios, respectivamente. Assim, sem muita saída, após *exaustivas negociações*, quando posta em votação, já havia sido consolidado um grande acordo entre as lideranças dos partidos para a aprovação da emenda aglutinativa substitutiva – a PEC 82-A, e rejeição da PEC 169-B. Em geral, os discursos dos deputados, inclusive os da oposição, convergiram para afirmar que ali era uma proposta modesta, realista, mas vital para a sobrevivência do SUS, ao propor a progressão por cinco anos até 12% (doze por cento) para os Estados e 15% (quinze por cento) para os Municípios, e aumento do gasto federal com saúde de acordo com a variação nominal do PIB para a União (DCD, 28 de outubro de 1999, p.51208).

No Senado, as principais forças de oposição foram os senadores do PFL e os governadores de vários estados, que pressionavam os representantes no Parlamento. Enquanto os primeiros estavam sendo congruentes com a sua postura mais conservadora, de ser contra a vinculação (Ata 98 do CNS, junho de 2000) e, possivelmente, atendiam às pressões dos governadores, esses últimos resistiam por não quererem ser obrigados a vincular recursos de suas arrecadações próprias, menos ainda quando a União não usaria os mesmos critérios. Segundo o Ministro

[136] A PEC 82, como apresentada em 1995, determinava que os recursos provenientes das contribuições dos empregadores sobre o faturamento e o lucro fossem totalmente destinados ao financiamento do SUS. Uma das justificativas da proposta era o permanente desgaste nas negociações do Ministério da Saúde com a Previdência Social e com a Fazenda, mesmo após os orçamentos aprovados. É importante notar que o Dep. Mosconi apoiou e já havia tentado apensar a sua proposta à PEC 169.

Serra, os prefeitos não eram adversários em potencial, pois a maioria dos municípios já gastava mais de 10% de suas receitas com saúde. Mas os governadores “terão uma escadinha mais aguda, mais íngreme” (Ata 79 do CNS, novembro de 1998).

Muitas foram as mobilizações para a aprovação daquilo que viria a ser a Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29), sob a liderança da Frente Parlamentar da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde[137], que passaram a definir estratégias de pressão direta da sociedade civil aos senadores. Entre as instituições envolvidas, que apoiaram a *PEC da saúde*, incluem-se CNBB, CONASEMS, Confederação dos Médicos do Brasil, Federação Nacional dos Médicos, Força Sindical, Movimento de Luta contra a AIDS, Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores, Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas, Conselhos Estaduais de Saúde, dentre outros. Sobre o apoio das entidades com tradição liberal, é importante sempre recordar a interconexão entre o setor público e privado, em que há um padrão de relação de este último assumir, em larga escala, o papel de prover serviços para o primeiro.

Depois de publicada, em setembro de 2000, a EC 29 ampliou os recursos para a saúde, com incrementos reais no montante destinado à saúde por todas as esferas de governo, porém, sob o efeito de uma progressiva diminuição do percentual de participação da União no gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Desde então, a sua participação foi decrescendo, ficando em torno de 44% em 2010, enquanto o percentual era de 59,8% em 2000 (PIOLA et al., 2013). Num contexto que combina descentralização e subfinanciamento da política pública de saúde, um dos efeitos foi um aumento expressivo dos gastos dos entes subnacionais no setor saúde, particularmente dos municípios, alocando proporção das receitas próprias (tributação direta somada às transferências intergovernamentais obrigatórias da União e dos estados) em níveis bem superiores aos determinados constitucionalmente (ARAÚJO et al., 2017).

> Nós estamos agora com o sistema de saúde subfinanciado, os estados gastando em torno de 16% em média, os municípios gastando em média 25 a 26%. Não há mais condição pra estados e municípios colocarem mais recursos na saúde e a União não reage (...) (Entrevista 9).

[137] Em 1999, após as eleições, quando a Frente Parlamentar de Saúde foi reativada, ela contava com a participação de 148 deputados e 12 senadores.

Isso se deu ao mesmo tempo em que foi aprovada a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/2000), cujo Art.18 constrange em 60% as despesas dos entes da federação com o pagamento de pessoal, inclusive com encargos sociais e contribuições recolhidas. Quando se sabe que, em média, 75,9% dos gastos dos municípios brasileiros com recursos próprios é com esse tipo de despesa, pode-se imaginar que uma das saídas das unidades subnacionais com frequência é a criação de organizações sociais, parcerias com OSCIP e contratações temporárias de autônomos e pessoas jurídicas, dentre outros, de modo a fragilizar os vínculos com os profissionais de saúde (ARAÚJO et al., 2017).

Em curto prazo, a EC 29 revelou ambiguidades. Uma primeira polêmica residiu em qual seria o primeiro critério de apuração do valor mínimo da União, se o PIB do ano de execução do orçamento ou se o do ano anterior, considerando a regra de que o orçamento mínimo deveria ser o empenhado em 2000, corrigido pela variação nominal do PIB. Como naquele ano havia diferenças de valores entre o orçamento definido, corrigido (5%) e executado, o governo quis tomar como parâmetro a variação prevista do PIB para 2001, que era menor que a de 2000 sobre 1999. Ou seja, a União defendia uma interpretação que diminuía os valores a serem orçados para o Ministério da Saúde para 2001 (cerca de R$ 1 bilhão).

Em meio à polêmica, a Casa Civil da Presidência da República fez um pedido à Advocacia-Geral da União, no sentido de que essa última emitisse uma interpretação acerca do art. 77, inciso I, alínea b, do Ato das Disposições Transitórias da Constituição Federal de 1988. Como o parecer foi favorável às intenções do governo, os partidos de oposição – PDT, PT, PCdoB, PSB e PPS – ajuizaram, em agosto de 2001, no Supremo Tribunal Federal, uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF -16) contra o parecer da AGU e pedindo que até 2004 a referência de cálculo fosse o valor apurado no ano de 2001, corrigido pela variação nominal do PIB.

Como o governo insistiu em utilizar a interpretação da AGU, inclusive solicitando novos pareceres, sob os interesses do Ministério da Fazenda, outras reações foram se estabelecendo. Por exemplo, a Associação Médica Brasileira (AMB) entrou com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN nº 2538-4), que provocou manifestação da AGU, pois sugeria que o Parecer AGU (GM – 016/2000) havia perdido efeito normativo em dezembro de 2001. Em 2002, a Nota Técnica nº

12/2002 da Assessoria da Comissão Mista de Orçamento do Congresso Nacional reconheceu o descumprimento da EC nº 29 na forma como estava a Proposta orçamentária de 2003. No 3º Seminário sobre Operacionalização da EC nº 29, realizado em Salvador, em setembro de 2002, com representantes de 34 Tribunais de Contas do País, houve consenso quanto à proposta de somente considerar como despesa realizada APSP aquelas que tivessem os recursos financeiros transferidos para o respectivo Fundo de Saúde quando da sua inscrição em Restos a Pagar. Na prática, em virtude da construção do orçamento de 2003, o Governo Federal vetava qualquer proposta que lhe obrigasse o pagamento de valores questionados em virtude de outras interpretações da referida regra.

Pela complexidade do assunto, constituiu-se um grupo temático, integrado por representantes do Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, Ministério da Fazenda/Secretaria do Tesouro Nacional, Conselho Nacional de Saúde, CONASS, CONASEMS, Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (ATRICON), Organização Pan-americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Conselho Federal de Contabilidade, Fundação Getúlio Vargas e Banco do Brasil. Esse grupo elaborou o documento intitulado *Parâmetros Consensuais Sobre a Implementação e a Regulamentação da Emenda Constitucional 29*, que serviu de base para que o Conselho Nacional de Saúde aprovasse a Resolução nº 316, pelo Plenário do CNS em abril de 2002, que se tornaria depois a Resolução 322/2003. Nesta ficaram definidas as diretrizes para a aplicação da Emenda Constitucional nº 29, por todos os entes federados, enquanto não fosse editada a Lei Complementar prevista na Constituição Federal. Contudo, sem ainda solucionar o problema das múltiplas interpretações e da regulamentação da EC 29, que se tornou pauta constante do setor, verifica-se uma pífia solução apenas no Governo Dilma, quando é aprovada a Lei 141/2012.

5.5.3 Um grande acordo político e a definição do Marco Legal da Saúde Suplementar

Em posição diferente dos ministros da saúde que lhe antecederam, José Serra assumiu um papel de condutor do processo de regulamentação, que já estava aguardando uma posição do Senado, pois defendia que o Estado deveria tornar-se capaz de corrigir as imperfeições do mercado, como forma de garantia do direito dos consumidores concomitante à viabilidade econômica das operadoras:

> Se uma pessoa vai comprar uma lata de ervilhas em um supermercado e a ervilha é ruim, é cara ou tem pouca conservação, a pessoa muda de supermercado imediatamente. No caso da medicina, isso não existe. (...). Portanto, não se pode deixar essa questão para o mercado (Ministro Serra, 7º reunião extraordinária da Comissão de Assuntos Sociais, 20 de abril de 1998, apud CECHIN, 2008, p121).

Pelo ponto de vista do Ministro Serra, o texto aprovado na Câmara tinha sérios problemas, pois, embora considerasse correta a limitação da internação hospitalar, em enfermarias e em UTI, dentre outros, alegava que os planos e seguros deveriam obrigatoriamente oferecer um tratamento mais amplo, que incluísse alta complexidade e transplantes, mesmo que de modo parcial. Além disso, para ele, a proibição de reajustes para pessoas de mais de sessenta anos com mais de dez anos em um plano era uma coisa ingênua*:* "então até sessenta anos será um carnaval, depois não reajusta"*.* Sobre a proibição de planos e seguros recusarem pacientes com doença prévia, ele achava que "não adianta suprimir isso, porque é absurdo não haver restrição à entrada (...). Esse é um prejuízo típico de algo que precisaria ser redigido diferente"*.* Quanto ao órgão regulador, ele escarafunchou mais uma grande briga com o Ministério da Fazenda, pois, para ele, era *"evidente que a regulação deveria estar centrada no Ministério da Saúde" (*Ata 76 do CNS, maio de 1998).

Nesse momento, embora aprovado na Câmara, de modo a agradar o Ministério da Fazenda e especialmente as seguradoras, o destino do PL 4425 ainda era indefinido. O conflito no senado "era enorme porque os médicos contra, os consumidores contra, as medicinas de grupo contra, as cooperativas contra, as autogestões contra" (Entrevista 8). Como esse mercado é multifacetado, então a proposta da Câmara desagradou uma grande parte das operadoras que achavam que *as regras estavam muito duras*, especialmente as cooperativas médicas e as empresas de autogestão:

> (...) a Unimed como a autogestão, elas tentaram até a última hora ficar de fora dessa regra de solvência. As autogestões diziam o

> seguinte “olha, é o meu funcionário que tá pagando, então ele não tem que ter essas obrigações” e a Unimed dizia “olha, o meu médico é cooperado, por que ele tem que ficar botando dinheiro na empresa?” Eu acho que a experiência desses 18 anos me mostrou a importância e a adequação das regras de solvência. (...) (as de autogestão) estão desmoronando, por quê? Porque gerencia mal, porque não aprovisiona. É um negócio, você tem que tratar isso, como um negócio. A própria Unimed e não é a toa que as Unimed’s estão com problemas. Por quê? Porque elas nunca conseguiram fazer a provisão como ela tem que ser feita. Poucas estão conseguindo (Entrevista 20).

Pelas regras regimentais, os senadores possuíam três alternativas: 1) acatar o projeto conforme recebido da Câmara, transformando-o em Lei; 2) incluir emendas supressivas ao projeto pelo Senado, o que permitiria apenas erradicar parte de proposições; 3) ou retorná-lo para a Câmara, reiniciando o processo de discussão sobre a regulamentação (BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2007). Como o Ministro Serra tinha como certo que “não dá mais para ficar dando voltas” (ATA 76 do CNS, maio de 1998) e que, se o projeto retornasse à Câmara, criar-se-ia um grande problema para definir uma legislação de abrangência nacional, já que se desapontavam leis estaduais de regulamentação do setor, ele agiu para uma inusitada e rápida decisão, na qual outra proposta foi elaborada, no terreno do Ministério da Saúde, e renegociada com alguns atores estratégicos do setor. Depois disso, costurou-se a aprovação da Lei no Senado conforme apresentada pela Câmara, com a condição de que ela fosse imediatamente alterada por Medida Provisória.

No dia da votação, basicamente tudo já estava combinado para a aprovação da Lei:

> (...) eu estava no Senado achando que ia ser uma epopeia, ia ser um negócio assim muito marcante, mas nada. Antônio Carlos Magalhães olhou pros demais e falou “teu projeto lalalalalala e permanece como estão blablabla” e pá... tá aprovado. Roberto Freire, na época era senador, ele falou “pela primeira vez na vida eu vou botar um negócio, aprovar um negócio que eu sei que vai ser mudado amanhã e eu estou votando pra ser mudado amanhã”, e o acordo só foi possível por aí (Entrevista 8).

Ocorre que essa saída gerou de imediato uma instabilidade no marco legal, posto que as regras de validade e tramitação das MP’s exigiam constantes reedições até que a Lei fosse novamente apreciada pelo Congresso. Ao todo foram editadas quarenta e quatro Medidas Provisórias, praticamente uma por mês, entre

1998 e 2001[138], que, segundo Cechin (2008), serviram para modificar e ampliar paulatinamente a lei, já ambígua.

O quadro a seguir apresenta as principais mudanças na Lei 9656 realizadas por Medidas Provisórias.

Quadro 3 - Alterações da Lei 9656/1998 por MP's, conforme temas conflitantes.

A**ssunto**	**Lei 9656/1998 03 de junho, 1998**	**MP1665/1998 04 de junho, 1998**	**MP 2177-44 24 de agosto, 2001**
Lócus regulatório	Concentrado no Ministério da Fazenda	Compartilhado entre Ministério da Saúde e da Fazenda	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
CONSU	Não previsto	O CONSU é presidido pelo Ministro da Saúde.	O presidente do CONSU é o Ministro da Casa Civil
Plano de Referência	Institui o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, que não permite a exclusão de doenças, mas desobriga a autogestão de ofertá-lo.	Desobriga as autogestões e as empresas que operam planos exclusivamente odontológicos de oferecer 'Planos-Referência'.	Amplia a cobertura do Plano-Referência, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade.
Segmentações Assistenciais	Faculta as segmentações, desde que respeitadas às respectivas amplitudes de cobertura do plano-referência e o respeito a exigências mínimas;	Alteração da redação, sem mudanças significativas.	Aperfeiçoamento da redação numa perspectiva de ampliação da cobertura e também de segmentação
Urgências e Emergências	Obriga a cobertura de emergência e urgência, e exige o reembolso aos consumidores;	Sem mudanças significativas.	Sem mudanças significativas
Carência	Prazo máximo de 300 dias para partos a termo; de 180 dias para os demais casos; proíbe recontagem de carência na renovação;	Inclui o prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência	Sem alteração
Condições de Saúde	Veda a exclusão de coberturas após 24 meses do contrato;	Sem alterações	Sem alteração.

[138] Estas pararam de ser editadas em virtude da Emenda Constitucional 32, de 11 de setembro de 2001, que traçou novas regras para a utilização das Medidas Provisórias, acabando com a prerrogativa de reedições.

Idade	Faculta a variação das contraprestações em razão da idade, exceto nos casos de pessoas com mais de 60 anos e que participam do mesmo plano ou seguro, ou sucessor, há mais de dez anos.	Mantém a proibição da barreira; Muda a regra sobre as contraprestações, permitindo variação em razão da idade de acordo com normas editadas pela SUSEP.	Mantém a regra, mas a ANS é a responsável pela edição das normas;
Cancelamento Contratual	Proíbe a suspensão do contrato e a denúncia unilateral (salvo por fraude ou não pagamento por mais de 60 dias) e a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.	Rescisão do contrato de planos individuais ou familiares pela operadora poderá ser realizada apenas em situações de fraude ou atraso de pagamento, por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato.	Permite a suspensão ou a rescisão unilateral por não-pagamento, desde que o consumidor seja notificado até o 50º dia de inadimplência;
Informações Contratuais	Cria critérios para a clareza dos contratos	Sem alteração	Alteração de critérios, mas ainda prezando pela clareza dos contratos.
Ressarcimento	Obriga o ressarcimento pelas operadoras	Alterações procedimentais	Alterações procedimentais
Aplicação da Lei	Aplica a todos os contratos celebrados a partir da Lei; contratos antigos podem ser adaptados, desde que seja uma opção do consumidor;	Acrescenta que todos os contratos celebrados anteriormente à Lei deveriam ser adaptados no prazo de 15 meses.	Manteve a obrigatoriedade da adaptação dos contratos, incluindo cláusulas para evitar a suspensão dos mesmos.

Fonte: elaboração própria.

Uma das imprecisões da Lei manifesta-se logo no seu primeiro artigo, em função de as seguradoras terem defendido arduamente que a Lei não se aplicava a elas, pois já eram reguladas pelas regras e normas do setor de seguros. Pelo ângulo das outras modalidades e do próprio Ministério da Saúde, o argumento era de que as empresas seguradoras e as operadoras de planos de saúde praticam as mesmas atividades, pois têm a mesma natureza jurídica – a cobertura de custos de assistência médico-hospitalar. Para incluí-las na Lei, sem criar muitos conflitos, a estratégia do governo foi uma redação que a enquadrava por suas características, mas não a citava: “a gente não podia escrever a palavra seguro, eu tinha que escrever tudo o que era… olha, tem rabo de coelho, dente de coelho, orelha de

coelho, pula igual coelho, geme igual coelho, só não podia escrever que era coelho" (Entrevista 8).

Também para exemplificar as lacunas da Lei, há uma definição sobre os tipos de plano que comumente criam o engano, repetido entre aqueles que não conhecem bem a dinâmica da Saúde Suplementar, de dizer que o Estado apenas regula os planos individual ou familiar, ou seja, aqueles contratos que são adquiridos diretamente com a operadora que vende planos ou por intermédio de um corretor autorizado por ela, que corresponde apenas a cerca de 20% do percentual dos beneficiários de planos privados de saúde. Isso é verdade apenas no que diz respeito ao controle do reajuste dos preços e à impossibilidade de rescisão unilateral dos contratos, mas não impede o governo de regular em outras tantas questões os planos coletivos, nem de tentar influenciar no reajuste de planos coletivos. Por exemplo, dado o abuso nos reajustes de planos de saúde coletivos por adesão e empresariais com menos de 30 vidas, a ANS estabeleceu o *pool* de risco para apuração do reajuste anual de contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, visando incentivar a concorrência no setor de saúde suplementar. Isso trouxe para este segmento o impedimento dos reajustes para "expulsar beneficiários", pois, se um reajuste fosse definido para qualquer que fosse o contrato, a operadora ficaria obrigada a estabelecer a mesma regra para os demais contratos comercializados.

Isso não significa deixar de intuir que regras que não explicitam a intervenção em planos coletivos deixam margens para o aumento dos conflitos, além de gerar efeitos na dinâmica do setor. Uma prova do comprometimento da política de regulamentação de preço da ANS é a evolução dos preços dos planos coletivos manter-se descolada da taxa de inflação do setor saúde (OCKÉ-REIS, 2012). Além disso, como assinala Baird (2017), isso incentiva a redução ou até a extinção da oferta de planos individuais pelas operadoras, especialmente da modalidade de seguradoras, com o correspondente aumento no número de planos coletivos, concomitante ao crescimento agudo dos planos coletivos, especialmente aqueles vinculados à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Já no caso de cancelamento de contratos, normatizações foram se acumulando para amenizar a lacuna da Lei. Com as mudanças gradativas na Lei, atualmente, há duas normas para o cancelamento. Para os planos individuais estabelece-se uma regra mais firme, que apenas autoriza o cancelamento do

contrato em situações de fraude ou atraso de pagamento pelo consumidor. No caso dos planos coletivos, estabelece-se que a rescisão pode acontecer imotivadamente apenas após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte (pessoa jurídica contratante do plano), com antecedência mínima de 60 dias, além de ser realizada motivadamente, antes dos primeiros 12 meses de vigência, desde que previsto em contrato.

Pois bem, ainda sobre mudanças na regulamentação, há algumas questões relevantes para entender o conflito e a dissonância entre atores do próprio governo. Em destaque, deseja-se explicitar o conflito entre o Ministério da Fazenda e o da Saúde, marcado pelo interesse do Ministro Serra em trazer a responsabilidade de regulamentação do o setor para o Ministério da Saúde, situação cujo desenrolar favoreceu um novo modelo de regulação, ancorado na lógica de agências reguladoras autônomas.

5.5.4 Sobre a ANS: conflitos e acordos

Para rememorar, a primeira Medida Provisória à Lei 9656/1998 definiu um modelo dual de regulação. Pela parte da Fazenda, a SUSEP ficaria com a parte econômica da regulação e o pequeno e pouco estruturado Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) se responsabilizaria por toda a parte assistencial a cargo do Ministério da Saúde. Sem muitos precedentes, criou-se um órgão colegiado que reunia os principais atores da esplanada - o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) integrado pelos Ministros do Estado da Cassa Civil, Saúde, Fazenda, Justiça e Planejamento, sendo o primeiro o responsável pela presidência do Conselho, que, apesar de mantido formalmente até os dias de hoje, nunca se viabilizou na prática. Pouco tempo depois, esse modelo foi revisado, pois “aquilo que tinha tudo pra dar errado, que era um bicho com duas cabeças né... deu errado, lógico e evidente” (Entrevista 8). Se, por um lado, Pedro Malan fazia questão de analisar qualquer que fosse a alteração proposta pelo Ministério da Saúde, *uma a uma,* José Serra também se negava a aceitar qualquer ação unilateral vinda do Ministério da Fazenda.

O estopim que gerou a necessidade de um modelo regulatório alternativo foi quando a SUSEP autorizou, por meio de uma Circular, o primeiro reajuste de preço de planos de saúde, que não chegou a ser publicado no Diário Oficial, pois, quando o Serra soube, interveio e disse: “não vai rodar nada, não conversaram comigo esse negócio” (Entrevista 8). Depois disso, o então superintendente da SUSEP, Helio Porto, teria rebatido: “eu não passo mais nada com relação a essa lei. Ela é uma maluquice, tá… se o ministro da saúde acha, ele que toque isso tudo eu, SUSEP, não faço mais nada” (Entrevista 20). Assim, sob a intervenção do Ministro Pedro Parente, indo de encontro ao argumento do Ministro da Fazenda, que queria manter as seguradoras reguladas pela SUSEP, o governo FHC definiu que o Ministério da Saúde deveria assumir o papel da regulação de todas as modalidades de empresas, daí ter-se cogitado a criação de uma agência reguladora em modelo parecido com a ANVISA. Entre os atores do setor, as representações das cooperativas médicas, das autogestões e da Medicina de Grupo posicionaram-se a favor, segundo Carvalho (2003).

Do ponto de vista institucional, quando o Ministério da Saúde ganhou a disputa com a Fazenda, os técnicos que já estavam ensaiando o processo de normatização, controle e fiscalização começaram a pensar como seria a melhor forma de o Estado assumir toda a função regulatória daquele setor. Depois de pensadas as soluções, o Governo Federal criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por Medida Provisória (MP 2012, de 30 de dezembro de 1999), que viria a se tornar a Lei 9961, de 28 de janeiro de 2000. Essa define a ANS como uma autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como objetivo “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país”. Em geral, até o fim do governo FHC, a regulação da Saúde Suplementar vai se definir pela estruturação da ANS e pelo estabelecimento de normas que tiveram três focos principais: o conhecimento do setor, o apoio ao consumidor e a fiscalização das operadoras (Ata 10 da CAMSS, 23 de maio de 2000).

O primeiro Diretor-Presidente da Agência, que à época acumulou a Diretoria de Gestão (DIGES), foi Januário Montone, então diretor da ANVISA, que

era integrante do PSDB e próximo ao Secretário-Executivo Barjas Negri. A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) foi assumida por João Barroca – que vinha de uma experiência de gestão na CASSI e que havia chegado ao Ministério para atuar no DESAS, ainda no período do Ministro Albuquerque. Para agregar interesses e dirimir conflitos, Maria Stella Gregori, do PROCON de São Paulo, foi encarregada da Diretoria de Fiscalização (DIFIS) e Solange Mendes, da SUSEP, tornou-se a Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE). O único elo direto da agência com o empresariado deu-se por Solange Mendes, que possuía um raciocínio de regulação relacionado à sua experiência com as seguradoras. Nesse enquadramento, apesar das queixas sobre a Lei ter dado a abertura para a regulação sobre aspectos assistenciais, até 2002, predominou uma regulação econômico-financeira para sanear o mercado (BAIRD, 2017).

Assim sendo, é um equívoco pensar que essa diretoria da ANS não possuía sérios conflitos com os atores do setor agora oficialmente chamado de Saúde Suplementar. Acredita-se, contudo, que as divergências mais amenas conseguiram encontrar equações nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) – órgão de participação institucionalizada da sociedade, de caráter permanente e consultivo, criado em 1998 e mantido após a criação da ANS, em 2000. Nesse espaço, por exemplo, o governo chegou a negociar a possibilidade de apenas seis tipos de reajustes por faixa etária, enquanto, na época, a média era onze tipos de variações, apesar das resistências. Perante alguns embates mais polêmicos, entretanto, algumas questões escapavam da possibilidade de negociação. Prova disso são as ações judiciais contra a ANS, relacionados à regulação estatal.

Um ponto que gerou muitas controvérsias, logo após a primeira Medida Provisória, refere-se à obrigatoriedade da adaptação dos contratos antigos à Lei 9656/1998. Com a alteração acordada no Senado, estabeleceu-se o prazo de até quinze meses para as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde adaptarem todos os contratos celebrados com seus consumidores aos termos da nova legislação, de modo ao governo levantar contra si todo o setor de planos e seguros de saúde. Nesse momento, a ABRAMGE entrou com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade no Supremo Tribunal Federal, em dezembro de 1998. Nesse ponto, o governo perdeu quando os ministros do STF julgaram, em 2003, que os

contratos celebrados antes da edição da Lei nº 9.656/98 não poderiam ser atingidos pela regulamentação dos planos de saúde, em razão de um contrato ser um ato jurídico perfeito que só pode ser rompido por decisão das partes. Em consequência, geraram-se “dois mundos do setor privado, o mundo das pessoas que entraram nos planos a partir da lei e o mundo das pessoas que estavam nos planos anteriores a Lei” (Entrevista 17). Assim sendo, coube ao tempo corrigir as consequências deste problema: “muita gente não queria mudar pra lei porque ia encarecer (...). Então, na verdade, explodiu o processo de judicialização durante um período muito longo. Hoje já reduziu, né, porque as pessoas foram migrando, mudando, morrendo, saindo (Entrevista 7).

Outro ponto de elevado conflito refere-se ao ressarcimento do SUS. Além das controvérsias acerca dos protocolos a serem estabelecidos para o sistema público receber o pagamento das operadoras pelas despesas efetuadas com o atendimento do SUS aos beneficiários de planos privados de saúde, a direção da ANS quis estabelecer uma tabela com valores a serem desenvolvidos mais levados do que o sistema público pagava aos prestadores, com o entendimento de que não era justo ela ressarcir com valores menores do que habitualmente pagavam para os prestadores privados para um mesmo procedimento. Porém, o argumento principal para as operadoras não realizarem o ressarcimento foi justamente considerar essa determinação inconstitucional, visto que o SUS é universal e deveria atender os consumidores de planos e seguros de saúde como qualquer outro cidadão brasileiro. Além de uma nova ação de inconstitucionalidade no STF pelo empresariado, protelada a decisão até os dias de hoje, e o complexo procedimento burocrático em torno do ressarcimento, as operadoras tenderam a protelar e questionar os pagamentos, o que significou taxas muito baixas de arrecadação durante toda a década de 2000 (BAIRD, 2017).

Pela perspectiva econômica, a Lei estabeleceu várias regras. Ao observá-las, ver-se-ão inciativas para conter os problemas de assimetria de informações, o abuso dos contratos, como a rescisão unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato, dentre outros. Nesses aspectos, os conflitos foram menores, pois, ao se exigirem algumas requisições econômicas para a atividade de uma operadora, a

tendência é que as empresas de pequeno porte sejam desautorizadas ou não consigam manter-se em condições de competitividade.

Para oferecer uma referência, a simples exigência de que as operadoras apresentassem algumas condições para se registrarem na ANS, a partir de 2000, resultou na redução de empresas que, anteriormente ao processo regulatório, operavam uma verdadeira “ciranda” no setor suplementar, com entrada constante de operadoras que não apresentavam sustentabilidade econômico-financeira. Outra norma que alterou o setor foi a Resolução de Diretoria Colegiada RDC 77, de 17 de julho de 2001. Nesse momento, determinou-se que as operadoras deveriam fazer provisão de reservas financeiras para despesas não rotineiras, em outras palavras, constituir um lastro financeiro e investir um volume de recursos em algum banco que apenas pode ser alterado com autorização da ANS. Em 2002, apenas 63% das empresas que conseguiam alimentar o sistema de informações da ANS estavam conseguindo adequar-se à regra de provisão (SANTOS et al. 2008). Isso beneficiou obviamente as empresas com maior poder econômico e político, ao mesmo tempo em que enfraqueceu as empresas pequenas, nas quais se enquadram muitas das autogestões, herdeiras de uma tradição mutualista:

> (...) quem é o empresário, por exemplo, que vai tirar, vamos dizer se fosse uma empresa igual à minha, 30 milhões do seu capital de giro pra ter uma autogestão pra garantir a assistência social hoje? Ele entrega pro Bradesco Saúde, entrega pra Amil e não vai. Então, isso desestimulou a criação de novas autogestões que é o segmento que (...) é um modelo mais virtuoso, tem o controle social dos próprios beneficiários, eles participam de toda a gestão (Entrevista 6).

É nesta direção que muitas pessoas afirmam que o mercado da saúde suplementar é concentrado, algo quase sempre contestado por quem considera indicadores clássicos de concentração de mercado, por exemplo, o índice Herfindahl–Hirschman IHH e o C4. Nesse raciocínio, reconhece-se uma variação enorme entre regiões no Brasil, mas, se tomado todo o conjunto de operadoras,

> (...) no Brasil cabe tudo. Mercados concentrados, mercados diluídos, mercados que tão na mão de prestadores e que de fato o que a gente teria que acompanhar mais de perto é onde tão as infrações, onde por ventura existem infrações de ordem econômica (...). Essas 151 operadoras que eu te falei que detém 80% do mercado, detém 80% do mercado há 15 anos. Não houve mudança em relação a elas. Operadoras pequenas podem sobreviver no interior? Podem, podem sobreviver. Como? Na hora que a gente conseguir dar o

> passo que é o que? Você fazer um compartilhamento de risco (Entrevista 8).

No que diz respeito aos aspectos assistenciais da Lei 9656/1998, concentraram-se os principais embates, visto que a consequente ampliação ou redução da proteção ao consumidor impacta diretamente nos custos das empresas e, consequentemente, na sua lucratividade. Ao determinar o atendimento a todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID 10), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Lei garantiu de imediato um grande volume de procedimentos. Quando a legislação da ANS determinou-lhe o papel de estabelecer o rol de procedimentos a cada biênio, criou-se um ponto de constante tensão dentro do campo, pois, de um lado, a ANS tendeu a ser rígida no cumprimento do rol e, por outro lado, os empresários criticam esse instrumento, desde a sua fase inicial, pois, o aumento de cobertura, para eles, significa aumento de custos que serão transferidos para o consumidor até o ponto de eles não conseguirem adquirir ou manter planos privados de assistência à saúde.

De qualquer modo, o que se quer evidenciar é que, após a sua regulamentação, o setor foi estabelecendo avanços no que diz respeito às suas informações, à garantia econômico-financeira das operadoras, à transparência dos contratos etc.. A lei 9656/19998 promoveu uma “mudança da visão das operadoras que passam a frequentar as páginas de economia dos jornais, né… funções, aquisições, corporações e outras coisas que o setor passa a conviver desde então” (Entrevista 17). Os vários aspectos da Lei geraram uma série de medidas e ações na direção de redirecionamento do setor. Resta óbvio que, pelo uso do poder normativo do Estado, o mercado de planos e seguros de saúde precisou readaptar-se e guiar-se por regras comuns. Essas regras, por mais que tenham causado resistências para serem seguidas, muitas delas sendo desrespeitadas, em geral, produziram um redirecionamento do setor de modo a dar-lhe solidez no mercado e torná-lo ainda mais objeto de consumo dos brasileiros, os quais começaram a contar de forma mais permanente com a retaguarda do Estado no que diz respeito a receber aquilo que contrataram.

5.6 Síntese do capítulo

O governo de Fernando Henrique Cardoso representou um dos períodos mais estáveis do retorno da democracia, tanto no que diz respeito à economia, quanto à política. Mediante o contexto democrático estabelecido, estava em cena o partido, o Legislativo e atores da sociedade civil (diferentemente no período ditatorial), o que apontou para negociações das decisões (coalizões). Como as decisões políticas precisaram ser justificadas à sociedade, elas não foram feitas à parte de grandes conflitos, nem significaram um completo sucesso do governo peessedebista. Mesmo que esse tenha demonstrado elevado poder na definição da agenda decisória, numa composição política de centro-direita articulada e capaz de imprimir os objetivos governamentais, algumas reformas pretendidas foram possíveis apenas de modo parcial, como é o caso da reforma fiscal e da previdência.

Associada à pauta de estabelecer um novo papel para o Estado brasileiro em sua relação com a sociedade e o mercado, em que as políticas sociais não são vistas como uma atividade típica do Estado, o governo FHC apresentou uma clara tentativa de reverter a proposta original e central do SUS. Não há prova mais cabal disso do que a proposta de emenda para alterar o Art. 196 da Constituição de 1998, que define a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Porém, após o insucesso no legislativo de alterar radicalmente a Lei, num período ainda muito recente de inscrição da Constituição Cidadã e de existência de uma coalizão social e de gestores do SUS com capacidade de enfrentamento, o governo viu-se obrigado a operacionalizar o SUS.

Isso se fez mediante visões e atuação diferenciadas dentro do próprio governo, conforme as pastas. Em destaque, viram-se vários empecilhos para a expansão do SUS, oriundos desde o próprio presidente até os Ministérios e daqueles que possuíam maior poder de distribuir os recursos arrecadados pela União. Com a visão de ser importante enxugar o Estado e incentivar o mercado na provisão de serviços, somado ao argumento de que o mais importante no SUS era o fortalecimento de seus aspectos gerenciais e que seria inadequado vincular receitas às despesas, esses atores agiram permanentemente na direção de restringir os recursos para a saúde, mesmo em momentos altamente críticos em face das decisões que aleijaram a seguridade social nos Governos Collor e Itamar.

Em geral, esses atores possuíram o seu contraste no âmbito do Ministério da Saúde. Embora no presidencialismo brasileiro a distribuição das pastas ministeriais tenda a acompanhar de modo mais ou menos proporcional o peso parlamentar de cada partido, para o governo conseguir sustentação nas votações do Congresso (AMORIM NETO, 2000), a saúde não entrou na ciranda do escampo político. Nas três variações ministeriais analisadas, os perfis dos ministros foram díspares, mas nenhum deles significou uma nomeação para alçar apoio parlamentar diretamente com outros partidos. Exceto no falhanço do Ministro Albuquerque, viu-se que, por motivações distintas e razões de acúmulo de capital político baseado em diferentes raízes – uma pela própria fama como médico e gestor, outra pela trajetória como liderança do PSDB – Jatene e Serra mostraram-se com força política para angariar apoio no legislativo e trazer consigo um grande conjunto de atores envoltos à política de saúde. Nenhum se submeteu aos desmandos da área econômica do governo. Porém, dentre eles, é inconteste que José Serra foi o que mais conseguiu equiparar a sua força com os atores governamentais, particularmente com o Ministro da Fazenda Pedro Malan, ao mesmo tempo em que também estabeleceu relações mais tensas com a comunidade de política de saúde, representada no Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite.

Para complexificar, se, por um lado, atores do PSDB foram introduzidos no Ministério da Saúde, em destaque Barjas Negri no comando da Secretaria-Executiva e depois como Ministro na transição de governos, atores ligados aos movimentos de reforma da saúde e mesmo a partidos de esquerda também foram incorporados. Num arranjo de múltiplas arenas deliberativas, havia uma diversidade de atores empreendedores de política com agendas próprias. No geral, os múltiplos atores criaram suas alianças que se mostraram mais ou menos perene ao longo do tempo. Isso significou que entidades com interesses completamente díspares uniram-se para alçar objetivos comuns. Esse é o caso, por exemplo, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que se juntaram para defender a CPMF e a aprovação da PEC 169/1993 – uma baseada em princípios de solidariedade, outro pelo princípio de maximização de lucros.

Como o contexto foi de bastante desacordos entres os diversos atores envolvidos, a tendência foi o estabelecimento de novas regras que, se em parte

significaram fôlego para uma rota de implantação do SUS, por outro, demarcaram a dissonância institucional acerca do estabelecimento de um sistema universal de saúde no Brasil. Isso fica demonstrado pelo uso da CPMF como “fonte substitutiva”, o não estabelecimento da vinculação de 10% da receita bruta da União na EC 29 e a regulamentação da saúde suplementar desintegrada do SUS.

Em geral, houve duas agendas no campo da saúde no período estudado. A primeira delas envolveu uma grande diversidade de atores, inclusive de origem parlamentar, que procuravam estabelecer regras infralegais e alternativas para a implementação do SUS. Tal perspectiva foi beneficiada pelos vários mecanismos decisórios e de transferências de recurso que se instituíram no período, criando-se uma rota de mudança gradual da política, embora marcada por vários impasses estruturais. Nessa direção, foi possível perceber que a política de saúde não é apenas dependente de uma trajetória definida antes do marco legal do SUS. Além de um legado estrutural, cultural e de interesses prévios de difícil rompimento, os empreendedores de mudanças criaram uma trajetória específica para alçar uma mudança na política, demarcada por decisões e ações de implementação do SUS, que geram aprendizagem institucional. Assim, num contexto bastante restritivo no que diz respeito aos recursos públicos dispostos, a tendência em cada nova oportunidade de modificação foi a das escolhas refletirem escolhas embasadas nos sucessos ou erros do passado (MENICUCCI, 1997).

Além disso, muitas das decisões ganharam a entoação de uma implantação incremental do SUS adida de repuxos no comprometimento do Governo Federal em garantir a viabilidade da universalização da atenção. Ou seja, como a agenda do SUS permaneceu marginal no interior do governo, quiçá no conjunto da sociedade, o que se observou foi o estabelecimento de mudanças brandas, produzida por atores políticos e burocratas que trabalharam à margem do Governo Federal para introduzir as pequenas alterações que, inicialmente, foram tomadas como refinamento ou correção, sem grandes reações daqueles que defendem o *status quo,* ou mesmo aproveitando agendas partilhadas entre atores com poder de veto.

Esse é o caso, por exemplo, das decisões acerca da descentralização da política, marcada fortemente pelo municipalismo, que, em longo prazo, se mostrou um dos principais desafios do SUS. Para além do esforço de habilitar os municípios

para organizarem os seus sistemas locais e receberem recursos fundo a fundo, os mecanismos estabelecidos pelo Ministério da Saúde junto ao CONASS e CONASEMS foram sendo definidos, com o desafio de garantir universalidade e integralidade da atenção pela via do território dos municípios brasileiros, os quais possuem claras limitações de atenderem por si a complexidade da atenção para toda a sua população (cerca de 70% deles possuem menos de vinte mil habitantes). A opção pelas NOAS, no início dos anos 2000, expressa a tentativa incremental de recuperar os problemas das NOB's da década de 1990, porém sem alterar a lógica que exige sobremodo da cooperação entre os municípios, sem muitas exigências operativas para os estados, menos ainda para a União.

A segunda agenda é a da regulação da saúde suplementar, a qual pode ser subdividida em dois momentos, um antes e o outro após a Lei 9656/1998. No momento que antecede o marco regulatório, os conflitos foram bastante acirrados, como descrito. Quando o governo FHC toma as rédeas de um anteprojeto de Lei, ainda sob o controle do Ministério da Fazenda, ele chama para si a oposição tanto de entidades médicas, de consumidores e do Conselho Nacional de Saúde, quanto de uma parte do mercado de planos de saúde que ainda demonstrava resistências para ser regulado, ou discordava de pontos diversos da Lei. Tal processo se acirrou ainda mais após a entrada de José Serra no Ministério da Saúde, pois estabeleceu um conflito interno acerca do responsável pela regulação e sobre pontos da Lei já aprovada na Câmara. A agenda após a Lei é de estruturação estatal para iniciar a regulação e de adaptação das operadoras às novas regras. Sem dúvidas, o ator com maior poder naquele momento foi o Ministro da Saúde, que, numa exceção, conseguiu vencer os ditames do Ministério da Fazenda sobre as políticas sociais, e vencer os riscos reais de uma nova rodada de negociações na Câmara.

Naquele momento específico, observou-se uma mudança por deslocamento *(displacement*), embora o setor de planos de saúde não tenha sido suspenso ou suprimido após a criação do SUS, como elas são caracterizadas esses tipos de mudança por Mahoney e Thelen (2010), agente agiram para consolidar a saúde suplementar como uma forma institucional alternativa ao SUS. Como a assistência privada era carente de uma institucionalidade própria, ao mesmo tempo em que repleta de falhas de mercado, alguns agentes mostraram-se capazes de explorar o ambiente prevalente de conflitos para introduzir regras formais que

competem com as regras de universalização da saúde. Embora o Art. 199 afirme que a política de saúde é livre à iniciativa privada, a Saúde Suplementar ganhou uma institucionalidade própria, totalmente desvinculada de qualquer lembrança do SUS, exceto no artigo que fala do ressarcimento do SUS, o qual também é preenchido por ambiguidades. O certo é que os suportes institucional e político provaram ser incapazes de prevenir a deserção das regras da universalização da saúde, de modo a impulsionar uma mudança por deslocamento. Logo após a criação de novas regras, estabelece-se dentro do próprio Estado um processo gradual de mudança da assistência privada à saúde brasileira, no qual uma série de normas irão ser acionadas por camada para garantir a regulação econômico-financeira e assistencial da Saúde Suplementar.

6. A POLÍTICA DE SAÚDE NO GOVERNO LULA

O objetivo de analisar a dualidade da política de saúde brasileira, caracterizado pela existência do SUS e da Saúde Suplementar, bem como as possíveis variações do contexto político pós-Constituição de 1988, conduz à observação das peculiaridades do Governo petista no que compreende os oito anos em que Luiz Inácio Lula da Silva, de 2003 a 2010, assumiu a presidência da República.

No intuito de possibilitar melhor comparação com o governo de FHC, uma primeira parte deste capítulo considera o contexto político-institucional do governo Lula, em seus dois mandatos. Isso significa a apresentação de algumas reflexões acerca da trajetória do Partido dos Trabalhadores, das propostas governamentais, das alianças de apoio conformadas para garantir governabilidade e a identificação de visões distintas acerca do significado do governo Lula em relação às políticas sociais, em grande medida em comparação com o governo que o antecede. Uma segunda parte traz a discussão específica sobre a agenda da política de saúde em variações Ministeriais (Humberto Costa, Saraiva Felipe/José Agenor e José Temporão), com ênfase no curso de decisões que dizem respeito ao financiamento do SUS e à regulação da saúde suplementar, considerando a interação combinada de fatores (o legado, as regras e os atores).

No que concerne à forma, dados empíricos acerca da saúde suplementar foram condensados em um tópico único, o que substituiu a ideia original de tratar as evidências selecionadas em cada mudança de Ministro. Isso se mostrou inviável pelo próprio fato de se constatar que a rota paralela da Saúde Suplementar ao SUS foi consolidada já na década de 1990, após a promulgação da Lei 9656/1998. Isso não significa que o setor de planos e seguros privados não tenha tido temas polêmicos e questões próprias para a sua solidez no mercado e prestação da assistência à saúde, nem que tenha prescindido do Estado, mas essas questões foram delegadas à agência regulatória de um modo a obstruir debates ou não construir vasos comunicantes entre a agenda do SUS e a agenda da Saúde Suplementar. Espera-se que neste capítulo o leitor navegue num conjunto de informações que aprimoraram um quebra-cabeça sobre a política de saúde,

delineando impasses e causas explicativas para a conformação da dualidade desta política no Brasil.

6.1 Da novidade de um partido à adaptação para governar

Pelo seu enraizamento nas mudanças do sindicalismo durante a ditadura militar e pelos seus laços com os movimentos de lutas populares, o Partido dos Trabalhadores (PT) foi entendido como uma novidade para o sistema político brasileiro (MENEGUELLO, 1989). Em sentido parecido, ele foi tratado como uma *anomalia* na história política brasileira, por assumir uma lógica distinta de organização partidária, capaz de expressar, ao longo do tempo, um amplo descontentamento com o *status quo* (KECK, 2010); uma exceção pelos seus elevados níveis de coesão, lealdade e disciplina em um ambiente caracterizado por partidos políticos fragmentados e pouco institucionalizados (MAINWARING, 1999 apud AMARAL, 2010); um caso de sucesso de partido desafiante na América Latina pela sua ruptura com os padrões de organização partidária conhecidos no país[139] (LÓPES, 2005).

Após ganhar projeção com os resultados da eleição municipal de 1988, e pelo pleito de 1989, no ínterim do entusiasmo, anunciou-se um sério dilema às lideranças do partido: o PT deveria refletir e representar uma porção significativa da sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que se via impedido de adaptar-se inteiramente ao ambiente político, pelo seu próprio projeto socialista com ênfase na democracia participativa (KERK, 2010). O desenrolar foi que, na medida em que se mostrou cada vez mais preocupado com o seu crescimento no âmbito institucional e com as disputas eleitorais (HUNTER, 2007), o PT chegou aos anos 2000 já significativamente capilarizado, genuinamente nacional, e com um tipo de organização bastante profissionalizada, em que um quadro de dirigentes e funcionários remunerados dedicava-se exclusivamente às atividades partidárias e identificava-se um conjunto de militantes aptos a assumir cargos de confiança na gestão pública (AMARAL, 2010; RIBEIRO, 2008).

[139] Partidos desafiantes são aqueles que desafiam os jogadores estabelecidos, mas os considera como atores legítimos na luta pelo poder, bem como alimenta novas clivagens na competição democrática (LÓPES, 2005).

Com esses traços, e após três derrotas eleitorais em pleitos nacionais, o PT adotou um *espírito* bem distinto daquele do tempo do Sion – referência à escola que estabeleceu os princípios anticapitalistas do partido em sua fundação (SINGER, 2010) – justamente quando adotou uma postura política mais moderada e que prometia mudanças sem rupturas[140]. Com o novo comportamento e o discurso ameno, o PT conseguiu se distanciar de seus competidores diretos do PSDB e do ex-PFL (hoje Democratas), ligados ao PMDB, para vencer as eleições para o governo federal.

No programa de governo *Um Brasil para Todos*, de 2002, o diagnóstico exposto o foi de que muita coisa havia mudado no Brasil. As mudanças, porém, não haviam criado as condições para um crescimento sustentado, nem a superação das graves desigualdades sociais que afligiam o país. Ao direcionar as políticas macroeconômicas, a qualquer custo, para a estabilização da moeda, FHC teria realizado uma abertura econômica desordenada, que privilegiava sobremaneira o capital financeiro, com crescimento explosivo da dívida líquida do setor público, fragilização das contas externas, regressão do setor produtivo e fragilidade dos programas sociais do poder público. Tanto as capacidades de investimento e de competição do país estavam severamente comprometidas, quanto o Estado estava sem potência para promover o bem-estar social. De imediato, esperava-se superar a chamada "armadilha da âncora fiscal", entendida como uma danificação das atividades econômicas, pois evitava o aumento acelerado da dívida pública interna, pela via dos supervits primários e pela manutenção de uma carga tributária estruturada por impostos cumulativos.

Estava na proposta reverter a "atrofia do mercado interno", sem prescindir das empresas, da tecnologia e do capital estrangeiro. Para isso, prometia-se ampliar as fontes de financiamento interno, com reforço nas empresas e nos bancos públicos, além de reorientação dos fundos disponíveis (como o FGTS e o FAT) e de instrumentos como o BNDES e a Caixa Econômica Federal. Era um desejo, ainda,

[140] Na campanha de 2002, a oposição apostou fortemente na difusão do medo em relação a um governo do PT associado a um mercado que reagia negativamente à vitória cada vez mais viável de Lula. Em combate, o PT lançou um programa de governo mais atenuado e estabeleceu uma campanha marcada pela imagem de um Lula "paz e amor'. Na direção do esmorecimento do discurso, a "Carta ao Povo Brasileiro" é simbólica. Elaborada às pressas pelo grupo majoritário do partido, essa carta fortaleceu o compromisso do partido de gerir um governo "sem atropelos", que nem romperia contratos, nem revogaria regras estabelecidas. Com essa "revisão tática", definitivamente abdicou-se da ruptura e assumiu-se "o compromisso com uma transição progressiva e pactuada" (MERCADANTE, 2010, p. 37 *apud* CASTELO, 2012).

estabelecer uma nova política externa, na qual a presença soberana no Brasil fosse afirmada ante os demais países, revertendo o padrão de submissão a grandes potências do globo e demais economias do mundo, e diversificando as parcerias comerciais, especialmente entre os países vizinhos. Estipulava-se, também, criar uma estrutura tributária menos regressiva, ampliar as taxas de emprego por meio do crescimento do PIB, aumentar a capacidade tecnológica das empresas nacionais, privadas e públicas, reconstruir a infraestrutura econômica do país, estancar as privatizações, desenvolver a economia solidária, fortalecer micro e pequenas empresas, reformar a previdência social, dentre outras iniciativas. Dizia-se que a estabilidade econômica e o crescimento sustentado apenas seriam possíveis por meio do fortalecimento do componente social e democrático, que incluía geração do emprego e de novas oportunidades de renda; combate à pobreza e defesa dos direitos humanos; redução das desigualdades inter-regionais e promoção dos direitos de minorias vítimas de preconceitos e discriminações. Ao se recusar a reforçar a lógica de focalização excludente predominante nas diretrizes neoliberais, pretendia-se superar a sobreposição de programas sociais e a fragmentação institucional para a constituição de políticas sociais, conforme a Carta de 1988.

Em termos de avaliações, há desacordos acerca do estabelecimento de mudanças nas ações do Estado a partir do governo Lula. Em análises que identificam mais continuidades do que mudanças, o que não faltam são críticas às transformações do PT e às escolhas do governo Lula. Com recorte nos primeiros anos de governo, de fato, há um acordo de que Lula adotou as mesmas políticas ortodoxas do seu antecessor. No lugar de romper com o *círculo vicioso* entre juros altos, instabilidade cambial e aumento da dívida pública em proporção ao PIB, como prometido em campanha eleitoral, a equipe econômica, que agregava um conhecido ator do mercado financeiro e do PSDB (Henrique Meirelles) no comando da presidência do Banco Central e um Ministro da Fazenda do PT (Antônio Palocci), que logo entrou nas graças dos atores do capital, mostrou-se distante da promessa de superação do impasse da âncora fiscal. Provavelmente querendo adquirir a confiança dos investidores, a taxa de juros foi elevada e houve cortes no investimento público para atingir um superávit primário elevado, inclusive maior do que o FMI havia sugerido. Como resultado da preservação da autonomia do Banco Central, sem preservação do mercado interno, os preços dos produtos e o

desemprego subiram, enquanto o crescimento caiu pela metade, chegando ao medíocre índice de 1,14%, em 2003 (AMARAL, 2010; ANDERSON, 2011; OLIVEIRA, 2006). Com esses resultados, Oliveira (2006) argumenta que o PT mostrou-se calcado no continuísmo em relação ao governo FHC[141]. Pela interpretação de Marques e Mendes (2006), o governo Lula não apenas deu prosseguimento à política econômica de FHC, mas a aprofundou. Com um horizonte analítico também curto (1995 a 2006), Novelli (2010), sem ignorar que as políticas adotadas pelo governo Lula geraram importantes benefícios à população, defendeu a tese de que houve uma importante continuidade entre os governos Cardoso e Lula[142].

Mesmo considerando alguns avanços do governo Lula, especialmente no segundo mandato, Castelo (2012) definiu que o prefixo "novo" para referir-se às políticas estatais desenvolvimentistas de Lula não passaria de uma farsa contemporânea de uma velha tragédia, uma vez que o debate sobre as políticas econômicas é unilateralmente estabelecido com os neoliberais. Vianna (2012), por sua vez, afirmou que as políticas do governo Lula são apenas um "repertório velho que está sendo tirado da tumba para justificar uma política burguesa cinzenta, de fins meramente instrumentais, sem nenhuma capacidade de mobilização" (p.5). Mais especificamente sobre as políticas sociais, Almeida (2008) disse que, ulteriormente ao discurso governamental acerca do caráter fundador da política social do governo Lula, há um misto de continuidades e mudanças, muito mais em função das ênfases e formas de gestão do que do conteúdo. A despeito das políticas de transferência de renda aos mais pobres serem um traço marcante da política social, a concepção de proteção social, bem como o estilo de fazer política social, estaria ainda assentado em lógicas bastante distintas das expectativas difusas sobre a atuação reformadora do PT.

Em outra direção, estudos apontam para o ineditismo da experiência petista no governo, com inflexão na orientação da sociedade e do Estado brasileiro, associada a um novo modelo de desenvolvimento que põe as políticas e os direitos

[141] Para Oliveira (2006), isso estaria associado ao processo de mundialização do capital, ao contexto de decomposição das classes, à emergência do populismo e à estatização dos partidos.

[142] Segundo Novelli (2010), três fatores explicam essa continuidade: a) a própria estrutura do capitalismo brasileiro e sua inserção na economia mundial; b) a força das ideias ortodoxas difundidas pela mídia e dominantes na equipe econômica (Ministério da Fazenda e Banco Central do Brasil), que foi recrutada no mesmo "campo"; c) a aceitação das "regras do jogo" da democracia pelo PT.

sociais como eixo fundamental. Esse é o caso de Pochmann (2010), ao defender que o governo Lula teria constituído um modelo social desenvolvimentista, que conjuga o rompimento com o padrão de acumulação neoliberal, com afirmação da soberania nacional, reformulação do papel do Estado e com fortes efeitos distributivos. Em linha parecida, Fagnani (2011) sublinha que, desde a alteração dos dirigentes da equipe econômica, em 2005, criou-se uma nova rota de políticas, cujos objetivos macroeconômicos e sociais convergiram, de forma a ampliar o gasto social e produzir políticas sociais capazes de diminuir desigualdades sociais. Fonseca et al. (2013), por sua vez, realçaram que o desenvolvimentismo foi retomado no país como uma matriz, porém com nova roupagem.

Ao mostrar o potencial do neodesenvolvimentismo, Carneiro et al. (2012) sugerem que as dificuldades relativas à obtenção de taxas de crescimento nas circunstâncias de crise internacional poderiam ser superadas, se mantidos os investimentos públicos e privados, em grande medida atrelados aos padrões de consumo popular, às políticas de infraestruturas econômica e social e de tecnologias avançadas. Ao demonstrar que o legado do desenvolvimentismo também sobreviveu mesmo nos tempos de FHC, Boschi (2010) argumenta que o governo Lula robusteceu, de forma inovada, elementos dessa modalidade de intervencionismo estatal, ao definir arranjos institucionais mais flexíveis e novos fóruns de concertação capazes de redefinir as relações entre Estado e mercado, tendo este último demonstrado um efetivo reforço adaptativo.

Com maior destaque nas questões políticas e sociais, Singer (2009) sustenta que as políticas de Lula geraram efeitos mais basilares na estrutura de classe, especialmente pelo aumento progressivo do poder de compra do salário mínimo. Corroborando as análises que identificam importantes mudanças nas políticas sociais, Cunha e Satyro (2014) e Dagnino (2004) mostram, respectivamente, a inflexão nas políticas de assistência social e de participação social na direção das premissas constitucionais após o governo Lula. No que tange à política da educação, Aguiar (2016) descreve inúmeras inovações na direção da democratização do acesso ao ensino superior, com acento no viés da equidade, ao contemplar populações historicamente não atendidas, quer por razões econômicas, quer, aliada a estas, raciais. Embora se tenha fortalecido o mercado, viu-se um importante investimento em mecanismos de controle pelo Estado.

Em termos de governabilidade, argumenta-se que foram três as condições político-institucionais fundamentais: os ajustes do PT ao presidencialismo de coalizão, a conciliação entre o setor produtivo e os trabalhadores e a popularidade do presidente. Sobre o primeiro ponto, é preciso saber que, durante os oito anos do governo Lula, as coalizões políticas tanto variaram de modo relevante, quanto requereram um elevado custo político para o PT. Embora tenha sido o partido que mais elegeu deputados federais e o segundo em número de senadores, em 2003, o PT possuía menos de um quinto dos votos no Congresso. Há quem afirme que o próprio presidente tomou a decisão de não se unir com o partido que historicamente opunha-se ao PT e havia concorrido às eleições com um candidato a vice-presidente de José Serra[143] (FIGUEIREDO, 2012). Por isso, teria optado por uma coalizão minoritária, constituída pelos partidos de esquerda que haviam formado a coligação eleitoral *Lula Presidente* – PTB, PDT, PPS e PV – unido ao Partido Liberal, partido à direita que havia indicado o vice-presidente José de Alencar, que representava já uma aliança com uma parte do empresariado brasileiro. Porém, tal "opção" parece também associada às resistências do presidente e de outros atores do PT em ceder, aos aliados, a direção de políticas públicas importantes, como a saúde e a assistência social, e muito menos dos ministérios da área econômica, como Fazenda e Planejamento[144] (AMARAL, 2010; FIGUEIREDO, 2012; MELO, 2007; MIGUEL E COUTINHO, 2007; OLIVEIRA, 2006).

Acontece que, pela insuficiência de uma coalizão formada por partidos menores, o governo precisou constantemente criar estratégias pouco convencionais para angariar apoio no Legislativo (AMARAL, 2010; MELO, 2007). Com o tempo, tornou-se frequente a busca por apoio de históricos adversários, como José Sarney, Collor de Melo e Paulo Maluf, bem como se tornou fato as alianças com partido tipicamente *office-seeking*, como os PMDB e PP. Essa foi a estratégia para enfrentar uma oposição condensada de forma mais contínua pela aliança entre PSDB e PFL, os quais optaram perenemente por um discurso de desqualificação do adversário e de seu partido (MUELLER E STROM, 1999 apud MELO, 2007). Assim, logo no início de 2004, o governo Lula fez a sua primeira reforma ministerial que equivaleu de

[143] Para alguns, isso representou um cálculo de Lula de que não precisava formar um governo majoritário, tendo em vista a agenda legislativa originada dos compromissos assumidos no processo eleitoral permitir a adesão de atores do centro e da direita (STROM, 1990 *apud* FIGUEIREDO, 2012).

[144] Estima-se que quase 70% dos cargos políticos do Executivo eram ocupados por membros do próprio PT (MIGUEL e COUTINHO, 2007).

imediato à entrega dos Ministérios das Comunicações e da Previdência nas mãos do PMDB.

O PMDB, agremiação permeada por indefinições ideológicas e composta por veementes disputas entre as elites, de início, mostrou-se dividido em relação à sua participação no governo. Embora a direção nacional e governadores quisessem articular um projeto nacional, sem uma liderança unificadora, prevaleceu uma formação os interesses regionais difusos, em torno da disputa de acesso aos recursos e cargos. Assim, até 2006, prevaleceu a informalidade do apoio do PMDB, porém com porção de lideranças já inserida no governo. Depois disso, esse partido apresentou-se cada vez mais como peça central para a governabilidade, especialmente a partir de 2006. Em troca, o PMDB reivindicou o acesso aos recursos governamentais, materializados no comando de cinco Ministérios no segundo mandato e indicações para cargos de primeiro escalão. Não bastasse, o PT concordou com a permanência perene de líderes do PMDB na presidência do Senado[145] e na maior parte do tempo do segundo mandato na presidência da Câmara (AMARAL, 2010; FIGUEIREDO, 2012; MELO, 2007). Ou seja, na constituição de coalizões de esquerda descontínua ao centro (MELO, 2007), o PT não teve como não se dispor em compartilhar de importantes cargos públicos para os seus aliados com relevantes distâncias ideológicas (AMARAL, 2010; FIGUEIREDO, 2012; MELO E CÂMARA, 2012).

A adaptação ao jogo político adido aos desacordos acerca de medidas ortodoxas do governo gerou desentendimentos e o afastamento de aliados de outros partidos e do próprio PT, logo no primeiro mandato. Não era daquela data que o PT possuía divergências internas, pelo contrário, a diversidade e competição entre correntes ideológicas é uma característica do próprio partido (RIBEIRO, 2007). Porém, quando o poder de agenda do presidente Lula, junto ao *núcleo duro* do governo, formado pelos então ministros da Casa Civil, Fazenda e Comunicação – José Dirceu, Antônio Palocci e Luiz Gushiken –, inclinou-se a repetir as medidas econômicas de FHC e angariar reformas polêmicas na área social, o

[145] Com exceção da presidência interina de Tião Viana (PT), que durou menos de dois meses, o Senado foi comandado apenas por dirigentes do PMDB nos dois mandatos de Lula José Sarney (02/2003 a 02/2005), Renan Calheiros (02/2005 a 02/2007), Garibaldi Alves Filho (12/2007 a 02/2009) e José Sarney (02/2009 a 02/2011). Na Câmara dos Deputados, o PT presidiu a casa por quatro anos, particularmente por João Paulo Cunha (02/2003 a 02/2005) e Arlindo Chinaglia (02/2007 a 02/2009). Severino Cavalcante (02/2005 a 09/2005), Aldo Rabelo (09/2005 a 02/2007) e Michel Temer (02/2007 a 12/2010), respectivamente, eram representantes pelo PP, PC do B e PMDB.

desentendimento entre as lideranças tendeu a se expandir (GOLDSTEIN, 2012). Por exemplo, foi nítido o desacordo em torno das duas primeiras grandes iniciativas legislativas do governo: a reforma tributária e a reforma da previdência[146] (AMARAL, 2010; BRAMI-CELENTANO E CARVALHO, 2007).

No primeiro semestre de 2005 já se constatava a saída expressiva de parlamentares do PT, de sorte a prejudicar a legitimidade do governo face à sua base de apoio aferrada nos movimentos sociais (AVRITZER, 2016), bem como estava consolidado o rompimento do apoio de partidos menores, porém com maior aproximação ideológica[147]. Esse afastamento precisa também ser entendido em razão de outro elemento, apontado por Avritzer (2016) como o mais determinante para deflagrar o momento mais crítico do presidencialismo de coalizão, pelo menos até 2010, qual seja: a entrega de cargos públicos para a formação de alianças gera, inevitavelmente, a corrupção. Em razão das regras do sistema político brasileiro promover uma corrida por financiamento eleitoral, é comum a prática de cobrança de porcentagens sobre contratos públicos de grande magnitude, quando isso, é claro, não se faz para o enriquecimento ilícito. Em geral, esses recursos retornam para os partidos em forma de caixa dois ou para os próprios políticos que se apropriam dos recursos para utilização privada. Acontece que, apesar da trajetória do PT avessa às práticas de corrupção, para chegar ao poder e governar, precisou aderir ou suportar essas práticas. Tal adaptação, porém, aliada à própria inabilidade política dos primeiros anos em administrar a relação com o Legislativo, requereu um custo elevado, provavelmente mais do que para qualquer outro partido da história brasileira, deflagrada especialmente pelo episódio do mensalão[148] e outros eventos

146 Na reforma tributária, a queixa era de não se propor nenhuma alteração substantiva na estrutura de concentração da renda (BRAMI-CELENTANO E CARVALHO, 2007). Na Reforma da Previdência, apesar da concordância acerca do objetivo de corrigir as distorções de um sistema de benefícios iníquo e regressivo, iam também ao encontro das expectativas de agências internacionais investidores externos e alas conservadoras nacionais, que cobravam o respeito aos parâmetros de austeridade fiscal. Apesar de ambas aprovadas no Congresso, o PT não recuou em punir os seus parlamentares que votaram contra. Logo depois, alguns de seus dissidentes criaram o Partido Socialismo e Liberdade – PSOL. (AMARAL, 2010).

147 A saída do PDT deu-se entre dezembro de 2002 e janeiro de 2003, do PPS em fevereiro de 2005 e do PV em maio de 2005 (FIGUEIREDO, 2012).

148 No início de 2005, já com o apoio de alguns descontentes do PT com o governo, o Dep. Virgílio Guimarães (PT) lançou uma candidatura independente à presidência da Câmara dos Deputados e concorrente à candidatura de Luís Eduardo Greenhalgh (PT), apoiado pelo governo. Com o próprio partido dividido, venceu Severino Cavalcante do Partido Progressista (PP), um parlamentar da oposição julgado inexpressivo, despreparado e fisiológico, demostrando não apenas um erro estratégico do PT, mas também certo descrédito, naquele momento, quanto à importância do Poder Legislativo (MIGUEL E COUTINHO, 2007; CAMPELO E ZUCCO, 2008). Esse fato permitiu a

que ganharam magnitude social. Assim, naquele crítico ano de 2005, corria-se verdadeiramente o risco de o governo Lula desmoronar – algo não verificado pela história.

É claro que o não impedimento do governo em 2005 e sua recondução por uma nova vitória nas eleições no ano seguinte não advieram apenas do suporte legislativo. Vê-se como fator central o pacto social que se constituiu, naqueles anos, entre Estado, empresariado e movimentos sociais, especialmente aqueles de trabalhadores, facilitados pela retomada do crescimento econômico. Mesmo quando considerada a manutenção de linhas gerais do regime de política econômica do período FHC, o governo Lula conseguiu progressivamente alçar uma incomum autonomia diante das frações de classe dominantes, especialmente a bancária/financeira, no sentido de Poulantzas (TEIXERA E PINTO, 2012). Tal autonomia não se expressou apenas em virtude do fortalecimento de novos centros de poder no âmbito do Estado (empresas estatais e bancos públicos), mas também pelo fato de o Estado assumir a liderança no desenvolvimento com incentivo ao setor produtivo interno, o que envolveu fortes investimentos em infraestrutura, inovação (amparados em incentivos fiscais, crédito subsidiado e subvenções), bem como na condução de uma política externa independente. Desse modo, ao mesmo tempo em que, em parte, se aceitou uma matriz de política macroeconômica ortodoxa, o Estado inovou ao atualizar uma tradicional coalizão entre governo e empreiteiras da construção pesada e leve, fornecedores de insumos e equipamentos, junto aos empregados destes segmentos (ERBER, 2009 apud TEIXEIRA e PINTO, 2012).

Para essa coalizão foi fundamental a ampliação das arenas de participação[149]. Por uma via, o aprofundamento da participação permitiu aos

instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na Casa para averiguar denúncias contra o PT. Logo depois, explodiu o episódio do "mensalão" – denúncia de propina mensal do governo aos partidos da base aliada – que desencadeou a principal crise do governo Lula. O sucedido foi que as acusações de corrupção abalaram profundamente o Governo (OLIVERIA, 2006; MENEZES, 2008; GOLDSTEIN, 2012).

[149] Após a CF de 1988, as centrais sindicais começaram a atuar em importantes conselhos deliberativos, como o que trada da Previdência Social (CNPS), do Fundo de Amparo ao Trabalhador (Codefat) e do o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CCFGTS). No governo Lula, ampliaram-se essas novas arenas e criaram-se conselhos, como o Conselho Nacional de Economia Solidária (CNES) e o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES). Regulamentou-se, ainda, a participação dos trabalhadores nos conselhos das empresas estatais e de economia mista e criaram-se ou foram fortalecidas instâncias de funcionamento intermitente, de duração determinada – como as conferências, os fóruns e as mesas de negociação –, onde se discutiram pontos específicos da agenda sindical e governista. Para Ferraz (2014), três destas foram particularmente importantes para

movimentos sociais um aprendizado a respeito da elaboração de políticas públicas e a pactuação da política industrial, em especial aos sindicatos, colocando-os em um patamar diferenciado no debate sobre os rumos do Estado e da economia, bem como endossando o caráter consociativo da democracia brasileira (FERRAZ, 2014). Mas, em outra via, as centrais sindicais tornaram-se instituições cada vez mais burocráticas e distantes do movimento real dos trabalhadores, menos autônomas e adaptadas à política desenvolvimentista do Estado. Esse foi o caso da Central Única dos Trabalhadores (CUT), que nitidamente estabeleceu compromissos com o governo, de modo a se ver impedida de apresentar reivindicações mais ousadas (SOARES, 2013).

Assim, pode-se tanto interpretar que uma das expressões do governo Lula foi a cooptação pelo bloco do poder das principais lideranças da oposição (COUTINHO, 2010), ou mesmo que os movimentos sociais e sindicatos se viram paralisados pelo fato de o partido da oposição de maior expressão ter se transferido para o interior do governo, e pelo "poderoso anestesiante" que seria o carisma do presidente[150] (OLIVERIA, 2006). Além disso, pode-se aferir que as inovações no campo das políticas de participação asseguraram uma dinâmica de interação com movimentos de bases nos processos deliberativos do governo, de modo a ampliar as chances de apoio dos movimentos sociais e de importantes lideranças sindicais (DAGNINO, 2004). Com uma ênfase ou outra, o fato é que o Poder Executivo conseguiu angariar apoio para exercer as suas atribuições a partir do fomento de mecanismos de concertação de interesses.

Outro fator que não se pode desperceber advém dos próprios efeitos da prioridade atribuída às políticas de inclusão social (AVRITZER, 2016). O Programa Bolsa Família[151], por exemplo, considerado uma inovação no plano das políticas da

---

o movimento sindical: 1) o Fórum Nacional do Trabalho (FNT); 2) a Comissão de Valorização do Salário Mínimo, responsável por uma política de valorização do salário mínimo, vinculando-o ao crescimento do PIB e à inflação; 3) o Fórum Nacional de Previdência Social.

150 É produtivo lembrar que o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST) e o Movimento Terra, Trabalho e Liberdade (MTL) promoveram algumas ocupações de terra, como forma de questionar a tímida política agrária do governo Lula, e houve tensões com entidades dos funcionários públicos que foram obrigadas a enfrentá-lo por conta da reforma da previdência social, mas, em geral, os demais sindicatos e movimentos sociais, especialmente a CUT, permaneceram atados às intenções governamentais (MARQUES e MENDES, 2006).

151 O Programa Bolsa Família partiu da junção de três programas criados nos últimos anos do governo FHC (Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás) e um criado pelo próprio governo Lula, o Cartão-Alimentação. Além da articulação intergovernamental, uma importante inovação foi a transferência mensal de dinheiro para as mães de menor renda, desde que

assistência social, bem como o maior programa de transferência condicionada de renda da história brasileira e do mundo, com um custo baixo para os cofres públicos (SATYRO e CUNHA, 2014), é considerado como um dos principais motivos para a reeleição de Lula[152] (ANDERSON, 2011). Afora isso, fortemente associado à retomada do crescimento econômico, apurou-se uma expressiva ampliação nos gastos sociais, verificada na introdução de políticas específicas de expressão nacional, como o aumento real do salário mínimo, o Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), o Sistema Nacional de Segurança Nacional, o Programa Minha Casa, Minha Vida, e a política de cotas nas universidades públicas para negros, índios e egressos de escolas públicas. Neste ponto, concorda-se com Singer (2009), quando diz ter havido um realinhamento eleitoral, em 2006, a partir da conquista do eleitorado de baixa renda por parte do próprio presidente, como consequência da combinação das políticas redistributivas e da expansão do consumo das massas, capazes de compensar a perda de apoio da classe média. Não à toa, em curvatura crescente, o governo Lula obteve um recorde de popularidade em seu último ano de mandato.

Portanto, as adaptações ao jogo político, com a criação de mecanismos para a ampliação do apoio político às ações do Estado, cada vez mais intervencionista, precisam ser entendidas como processos de acomodação de ideias e de atores aos contextos institucionais e políticos. Isso, de fato, gera ambiguidades que atravessam o PT e o governo Lula, muitas delas passíveis de identificação como continuísmo em relação ao governo FHC. Mesmo assim, defende-se que a alternância no grupo de dirigentes do governo federal representa a abertura para inovações, que, na trama daquele governo de centro-esquerda, nem sempre serão aproveitadas e nem em todos os casos representarão rupturas, como se verá no caso da política de saúde.

---

comprovado que seus filhos estivessem frequentando a escola e acompanhando por equipes de saúde nos territórios.

[152] Importante não esquecer que, para a recuperação do crescimento, além de retomada da perspectiva desenvolvimentista do projeto político liderada pelo próprio presidente, após a saída de Dirceu e Palocci, deve-se a um cenário de explosão dos preços e exportações de Commodities (especialmente para atender às necessidades da China por soja e minério de ferro) e de uma política de integração regional com os países vizinhos e com outros países emergentes, o que colocou o Brasil em novas condições de cenário internacional.

6.2 Nos Programas de Governo: assertivas e omissões

Quando concorreu à presidência da república em 1994, o Programa de Governo do PT para a saúde afirmava que o grande mote que lhe orientou foi "efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado". Sem muitas diferenças em relação ao diagnóstico do setor feito pelo programa de seu principal adversário peessedebista (determinação social da doença, deterioração dos serviços públicos e financiamento inadequado), as propostas comprometiam-se com as premissas constitucionais do SUS. Entre as várias ações de fortalecimento do poder público em relação à inciativa privada, definiu-se como meta fincar o poder regulador do Estado sob o setor de planos privados. Na reeleição de FHC, em 1998, o programa de governo foi mais detalhado, iniciando-se com o título, a "Saúde é direito, não mercadoria". Embora esses programas apresentados nas eleições presidenciais da década de 1990 afirmassem que garantiriam recursos para a saúde, o segundo prometeu que os municípios teriam os recursos necessários para a organização da atenção, estabeleceu uma meta de um valor mínimo de gasto federal per capita/ano até o final da gestão e assegurou o remanejamento orçamentário logo no primeiro ano. Além de uma série de ações para aumentar o controle da indústria, serviços e empresas privadas, anunciava que se respeitaria a iniciativa privada para os milhões de brasileiros que possuíam planos, contudo, com um acento para o papel do Estado como regulador, afirmando, ainda, não aceitar o encaminhamento de pacientes privados para o setor público unicamente devido aos custos elevados de alguns tipos de assistência. No geral, quando as propostas formais do PSDB são comparadas com as do PT, embora o último seja mais enfático contra a mercadorização da saúde, ambos reiteram uma fidelidade aos mandamentos constitucionais da saúde, assumem o compromisso com fontes estáveis, acreditam que é preciso aumentar o comprometimento das unidades subnacionais com o financiamento e reforçam o papel regulatório do Estado.

Quando o principal concorrente peessedebista era o Ex-Ministro da Saúde José Serra, num contexto de maior acúmulo institucional do SUS, o Programa de Governo *Um Brasil para Todos* (Saúde para a família brasileira) multiplicou em seis vezes o número de páginas em relação àquele apresentado no ano de 1994. Numa séria crítica aos oito anos de gestão do governo FHC (não obediência à EC 29 e transvio da função da CPMF), cuja consequência seria a

“redução de investimentos, estrangulamento da assistência com congelamento dos recursos transferidos para as ações básicas de saúde, [...] dificuldades no acesso à saúde, no aumento das filas e no insuficiente investimento para a qualificação dos trabalhadores de saúde” (Programa de Governo Lula Presidente, 2002, p.23), três pilares fundamentais foram definidos acerca do financiamento público: ampliação dos recursos, reorganização das prioridades e fortalecimento do controle e da transparência sobre o uso dos recursos disponíveis. Não se falou, porém, de nenhuma proposta específica em relação à regulamentação da EC 29, que já era uma bandeira de luta dos atores pró-SUS. Mais grave ainda, para um montante extenso de propostas, apenas um tópico expressou algo relacionado à saúde suplementar, que, àquela altura, já era regulada pela ANS: “garantir a cobertura, pelos planos privados de saúde, de todas as doenças crônicas, infectocontagiosas, infecto-transmissíveis, de notificação compulsória e pré-existentes, sobretudo HIV/AIDS, com acesso a procedimentos, internações e medicamentos” (PT, 2002, p.19). No programa de governo da reeleição (2007/2010) – *Lula de Novo com a Força do Povo* –13 ações prioritárias de fortalecimento do SUS foram estabelecidas para a saúde, nenhuma das quais, contudo, fez referência à Saúde Suplementar, nem qualquer menção próxima à máxima de que a “saúde não é mercadoria”. Ou seja, a persistência da Saúde Suplementar num processo de implantação de um sistema público, embasado numa perspectiva da socialdemocracia, que defende amplamente a saúde como direito social, sem estratificação social, progressivamente saiu da agenda formal do Partido dos Trabalhadores. Isso sinaliza, no mínimo, uma omissão sobre um tema corrente ou uma desagregação da agenda Estatal entre aquilo que se define por SUS e aquilo que se estabelece por Saúde Suplementar. Como se verá mais adiante, a ausência da saúde suplementar no discurso dos atores do Ministério e nas pautas de instâncias deliberativas do SUS será uma constante.

Sobre a posição do Presidente Lula acerca da política de saúde, sabe-se pouco. Em geral, o seu discurso público sempre foi em defesa do SUS. As percepções dos entrevistados nesta pesquisa confluem na assertiva de que a tradição sindical do Lula, somada ao pensamento das principais lideranças do PT teria resultado em uma visão muito restrita sobre o SUS. A não priorização do SUS na agenda governamental também poderia ser explicada pela própria proposta

social desenvolvimentista do governo, que pressupunha inclusão pela via do consumo (Entrevista 4). Muitos outros utilizam o argumento midiático de que Lula gostaria de que todos os brasileiros tivessem planos de saúde. Sem aprofundar essas conjecturas, uma coisa parece certa: o próprio presidente tinha uma experiência individual que lhe dava uma noção clara das desigualdades inerentes à política de saúde. Embora possa ter considerado conveniente a existência da saúde suplementar para atender uma parte da população, ela não foi entendida como nenhuma panaceia, nem se fincou um argumento de que o principal problema do SUS era gerencial, porém, imagina-se que isso não signifique ausência de percepção sobre as no que diz respeito ao acesso à assistência à saúde.

> Eu, quando cortei esse dedo [...], eu tive um tratamento como peão de fábrica na saúde e tive um segundo tratamento que foi quando a minha mulher morreu num hospital modelo aqui em São Paulo, no parto, [...] dentro dum hospital morrer no parto [...] ela e a criança [...]. Depois eu tive tratamento como presidente do sindicato. Eu já podia ter um plano médico, mais barato [...]. Na medida em que você vai crescendo [...] e depois eu tive outro tratamento, que foi o tratamento do Lula já famoso… né… aí tem tudo [...]. Então, eu sei qual são os níveis de tratamento que tem um ser humano nesse país e os planos de saúde não resolvem os problemas [...]. Toda vez que você vai universalizando o acesso das pessoas [...] você vai diminuindo a qualidade. [...] Não é possível você levar saúde de qualidade às pessoas se não tiver dinheiro. (LULA, Coletiva com Blogueiros, 2014)[153].

Na prática, conforme ver-se-á adiante, viu-se a autonomia do Ministério da Saúde definir uma agenda própria, ao mesmo tempo em que a ANS, gerida por sanitaristas do PT assume o papel de fortalecer a regulação assistencial da Saúde Suplementar. Por um lado, a ausência de prioridade do SUS em face das outras políticas sociais expressar-se-á nas constantes disputas em relação ao financiamento público; porquanto a ausência de alternativas para reverter a dualidade da política de saúde se reflete numa agenda estatal própria para o fortalecimento da Saúde Suplementar, raquítica de conexões com o SUS.

[153] http://www.viomundo.com.br/opiniao-do-blog/lula-4.html

6.3 Gestão Humberto Costa: nas mãos do PT

O primeiro ator escolhido para ser Ministro da Saúde no governo petista foi Humberto Costa, cuja permanência no cargo foi de apenas dois anos e meio. Certamente, mais do que a sua curta experiência como gestor ou envolvimento parlamentar com a saúde, o seu capital político de liderança regional adido à sua ligação com o campo majoritário do PT, particularmente pelo apoio de José Dirceu, recaiu como motivo para a sua nomeação como Ministro da Saúde, que, por sinal, não era o seu desejo principal: “o Humberto não queria ser ministro da saúde não, ele queria ser ministro, mas queria outras coisas, mais relevantes pra uma carreira política” (Entrevista 16), nem representava as expectativas de outros atores do setor, já que “ele não tinha proximidade com o movimento sanitário, pelo menos com as pessoas do PT que ‘tavam’ no movimento sanitário” (Entrevista 4). Ainda que médico e militante do movimento estudantil na década de 1970, a sua carreira era fundamentalmente político-partidária. Membro do PT desde a sua fundação, alçou mandatos de deputado estadual (1990-1993) e federal (1995-1999), ambos pelo Estado de Pernambuco, e elegeu-se vereador de Recife em 2001, quando assumiu por apenas um ano e três meses a secretaria municipal de saúde daquela cidade.

No discurso de posse do novo Ministro, ele disse que a política de saúde era um grande avanço permitido pelo “grande consenso acumulado”, independentemente das visões ideológicas, posições partidárias e correntes teóricas dos atores da área da saúde. Para ele, esses atores teriam resistido ao conjunto de reformas de ajuste estrutural neoliberal, e dado “um exemplo de reforma que precisa ser feita em muitos países”. Ainda neste dia, o Ministro apresentou um discurso de valorização de sua capacidade em dirigir a pasta. Ao considerar-se um “herdeiro” de experiências exitosas na área e participante das lutas travadas sobre o SUS no parlamento, definiu-se como um *instrumento* da política de saúde. De proposta concreta, lançou apenas a ideia de realização de uma Conferência Extraordinária da Saúde para definir, junto com a sociedade, um balanço do SUS e pensar os próximos anos. Sobre o financiamento do SUS e o mercado de planos privados de saúde, nenhuma palavra naquele instante.

De qualquer modo, a indicação de Humberto Costa foi somada à inserção de muitos reconhecidos sanitaristas nos níveis decisórios mais elevados da política de saúde, bem como nos espaços de decisão intermediária. Se, por um lado, isso

demarcou a ampliação das expectativas de que o governo Lula superaria os principais desafios da política pública de saúde do país (MACHADO et al., 2009; SANTOS, 2009; TEIXEIRA E PAIM, 2005), por outro, também significou a expressão de disputas internas entre os próprios empreendedores do SUS. Não tardou tornarem-se nítidas, para quem estava nas antessalas das decisões, as várias disputas acerca das prioridades, dos formatos das políticas e sobre os papéis de cada um no Ministério da Saúde, quiçá de poder.

Como afirmou uma dirigente do alto escalão à época, "havia conflitos sim. O conflito básico foi entre a secretaria executiva, entre Gastão, e comigo e o Solla. Aí você desliga. [Risos]" (Interrupção da Entrevista)[154]. Por essas palavras e por quanto foi confirmado nas entrevistas realizadas, constatou-se quase o óbvio: o apelidado partido sanitarista nunca foi um grupo de consenso e não se tornaria naquele momento de início de governo petista, nem nos anos futuros, mesmo com o adensamento de atores interessados no impulso do SUS.

Tal ponto em si não precisa ser tomado a princípio como um problema, pois, além de ser ingênuo imaginar que inexistam atritos em grupos que compartilham de ideias, seria um completo desatino querer que em ambientes democráticos e permeados de relações de poder, os conflitos fossem dissipados por uma suposta virtuosidade dos atores de origem da esquerda pelo bem comum. Contudo, nos intercruzamentos das ideias sobre sistemas de saúde e dos interesses político-partidários, podem-se revelar difíceis situações para o estabelecimento de mudanças.

Dentre estas destacam-se alguns conflitos de maior envergadura, por exemplo, o fato de que o Ministro Humberto possuía um horizonte eleitoral, particularmente o de concorrer ao governo do estado de Pernambuco, em 2006. Assim sendo, de forma similar ao que se observou com o Ministro Serra, ele pôs em relevo a visibilidade pública de suas decisões, em curto e médio prazo. Para Teixeira e Paim (2005), embora o esforço da equipe dirigente procurasse "honrar compromissos históricos (...) o discurso oficial ficou limitado a algumas propostas cujo conteúdo parece refletir mais uma preocupação com a "marca" e o marketing do que com o avanço da reforma sanitária" (p.276). Isso se deu a partir do foco em três

[154] Entrevista para o Projeto Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: dinâmica e determinantes. Disponível em http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Entrevista&Num=4&Destaques=1. Acessado em 07 de maio de 2017.

programas: o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), para o atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política de Atenção às Urgências (PNAU – formulada em 2003), a Farmácia Popular, montada como uma rede de drogarias públicas e privadas credenciadas para vender medicamentos com até 90% de desconto em relação ao preço de comercialização, mediante subsídio governamental, e o Programa de Saúde Bucal, chamado de “Brasil Sorridente", que traçou o objetivo de expandir o cuidado odontológico de forma mais universal e em níveis mais complexos, tanto no que diz respeito à atenção básica e quanto à atenção especializada, o que foi uma grande inovação em termos de acesso, pois “a saúde bucal não tinha no Brasil [...] Isso foi uma grande virada” (Entrevista 9).

Em que pese o alcance e a relevância desses três programas, havia outras questões expressivas que ficaram em um segundo plano. Não foi à toa que um dos motivos divulgados para a saída do secretário-executivo no final de 2004[155], aconteceu por desentendimentos acerca de prioridades, inclusive acerca da “partidarização da saúde” e do “contingenciamento dos gastos”. Assim, mesmo que o discurso do ministro se alinhasse com o de vários outros dirigentes, por exemplo, no que diz respeito à melhoria do acesso aos serviços de saúde, ao fortalecimento da descentralização, à expansão da atenção básica, à humanização do atendimento e à qualificação da gestão do SUS, sem muita bruma, o Ministro Humberto tinha atenção definida àquilo que poderia dar notoriedade à sua gestão.

No que diz respeito a alterações de ordem institucional, houve uma importante reforma administrativa do Ministério da Saúde. Essa criou quatro novas secretarias (de Gestão Participativa, de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGETS, de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Vigilância à

[155] Embora se especule que o conflito mais grave esteja relacionado à Operação Vampiro, publicamente foi divulgado que a saída de Gastão Wagner devia-se a divergências com o Ministro. De acordo com o jornal Folha de São Paulo, de 11 de novembro daquele ano, Gastão teria listado algumas divergências: “a gente tinha diferença de enfoques sobre o pacto de gestão [entre Estados, municípios e a União], sobre a responsabilidade sanitária [lei que cria metas para o setor], sobre a reforma dos hospitais, o tema da partidarização [ingerência política] ou não [do SUS]”. Na mesma matéria, afirma-se que pessoas mais próximas do ex-secretário falam que sua saída é o resultado de um processo longo de desentendimentos ligado ao modo de administrar de cada um e que a mais recente desavença teria relação com um novo contingenciamento de verbas da pasta. Em entrevista intitulada “A Hora da Colheita”, à Revista ISTOÉ, Humberto Costa disse*: “*ele sai do cargo e pronto. Falei com o presidente Lula e ele aceitou minha decisão. Foi oferecido a ele o lugar de representante do Ministério na Organização Mundial da Saúde, na Suíça, mas ele ainda não deu resposta. Minhas divergências com ele eram administrativas. Eu tinha uma visão do papel de um secretário executivo e ele outra. Ele sai e termina a história”. Ver http://istoe.com.br/9328_HORA+DA+COLHEITA

Saúde),[156] além de ter redefinido outras secretarias, como um departamento de descentralização dentro da Secretaria-Executiva. Segundo Machado e Baptista (2012), essa inovação institucional gerou o efeito de reconfigurar os campos de atuação federal e fez que políticas que ocupavam lugar acanhado na agenda tomassem lugar de destaque, dando a entonação do que seriam as preferências de todas as equipes ministeriais posteriores. Por exemplo, a partir da SGETS, estabeleceu-se uma nova concepção para a formação e o desenvolvimento para o trabalho, que envolveu redefinição de carreiras, regularização da Mesa de Negociação Permanente do SUS para a democratização das relações de trabalho, formação de conselheiros e gestores em saúde, reavaliação dos currículos de cursos da área da saúde em parceira com o Ministério da Educação etc.. *Verbi gratia*, a criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia catalisou a novidade defendida pelo governo de integrar política social e política econômica, particularmente deflagrando ações para aumentar a intensidade e o dinamismo científico e tecnológico no campo da saúde (GADELHA E COSTA, 2012).

Outra iniciativa inédita foi alterar a estratégia de planejamento em saúde que condensou algumas novas apostas para o fortalecimento do SUS[157]. Com orientação democrático-participativa, fortaleceu-se o planejamento federal setorial, com ênfase na gestão colegiada e participativa no interior do Ministério da Saúde e

[156] Sobre o comando dessas secretarias, a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde iniciou-se sob o comando de Maria Luíza Jaeger – socióloga sanitarista, ex-secretária de saúde de Porto Alegre e do Estado do Rio Grande do Sul em governos do PT; a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos foi guiada por José Alberto Hermógenes de Souza – médico sanitarista, integrante do PC do B, militante social com experiência em gestão no Ministério da Saúde; a Secretaria de Vigilância Sanitária foi entregue à coordenação de Jarbas Barbosa – ex-colega de militância estudantil do Ministro Humberto Costa, que já havia sido secretário de saúde no terceiro governo de Miguel Arraes e havia participado do governo FHC, por intermédio de Serra, que o convidou para a direção do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI/ANVISA). Além disso, fundiu-se a Secretaria de Políticas de Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde para formar a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), que seria dirigida por Jorge Solla – médico sanitarista fundador do PT na Bahia e ex-secretário de saúde de Vitória da Conquista. A Secretaria de Gestão Participativa iniciou-se com a liderança de Sérgio Arouca – político com trajetória iniciada no "Partidão" e uma das personalidades mais emblemáticas da Reforma Sanitária, que faleceu em agosto daquele ano. Quando isso aconteceu, Crescêncio Antunes da Silveira Neto, indicado pelo PPS, assumiu a secretaria.

[157] Nele mostraram-se tanto análises em relação às condições de saúde da população brasileira, aos avanços e impasses da gestão em saúde e sobre o setor saúde. No que tange à atenção à saúde, detalharam-se intenções em vários aspectos, desde o que tangia a vigilância até a alta complexidade assistencial. Especificou-se também a implantação e ou efetivação de políticas referentes à atenção aos ciclos de vida (saúde da mulher, saúde da criação, adolescentes e jovens, idosos) e grupos específicos (negros, índios, trabalhadores). Queria-se também criar um padrão de gestão e de produção do cuidado, com a criação de uma Política Nacional de Humanização do SUS, caracterizada pela aposta no protagonismo, na corresponsabilidade e na autonomia dos sujeitos coletivos (gestores, trabalhadores e usuários).

em negociação com os estados e os municípios, bem como com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (MACHADO, 2012). Embora previsto na Lei 8080/1990, pela primeira vez, o Ministério da Saúde desenvolveu um processo participativo que envolveu tanto a discussão no âmbito dos órgãos e entidades do ministério, quanto outras entidades de interesse na política de saúde, especialmente inseridas no âmbito da CIT e do CNS para a elaboração do *Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde* (2004-2007), publicado na Portaria GM 2.607/2004.

No período, a atenção primária ganhou centralidade com a ampliação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que incluiu a adequação de parâmetros à realidade dos maiores centros urbanos e maiores municípios. Com a estratégia de indução da política por meio de incentivos financeiros, que na época significou um aumento de 20% do Piso da Atenção Básica (PAB), mudança na faixa de custeio para municípios com mais de 100 mil habitantes, alteração no cálculo de população coberta etc., a intenção era de atingir uma meta de ampliação do número de esquipes de saúde da família para 35 mil e de saúde bucal para 18 mil[158]. Além disso, estipulou-se a implantação de mecanismos regulatórios, a melhoria da capacidade instalada da rede SUS (rede física, equipamentos), a redefinição do papel dos hospitais na rede assistencial, o estabelecimento de uma política de atenção às urgências e emergências, dentre outras políticas e ações. Na atenção ambulatorial e do atendimento de urgências e emergências, o Plano Nacional definiu muitas metas relacionadas à qualificação profissional, instalação e implementação da atenção pré-hospitalar móvel, implementação de centrais de regulação médica de urgências, dentre outras. Para a reorganização da atenção hospitalar, as propostas eram pouco expressivas, ainda na lógica de ampliação de leitos por meio da habilitação da rede privada. Para a assistência hospitalar especializada do SUS, na qual se concentra a insatisfação dos usuários relacionada ao acesso (CONASS, 2003), iniciou-se uma política para os hospitais de pequeno porte, de revisão do papel dos hospitais universitários no SUS e rediscussão dos hospitais filantrópicos, afora a pauta contínua da reforma psiquiátrica de diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos, que fazia parte do processo de transformação da rede de saúde mental (aliás, a política de saúde mental também ganhou impulso).

[158] De 2003 a 2007, o número de equipes passou de 19,1 para 27,3. No caso da Saúde Bucal, segundo dados da PNAD, entre 2003-2008, a expansão do acesso foi 3,5 vezes maior (17,5 milhões de pessoas a mais) do que a observada nos cinco anos anteriores (entre 1998-2003, 5 milhões de pessoas a mais). (BRASIL, 2011).

A despeito do crescente orçamento da saúde a partir de 2004, uma das primeiras ações foi definir uma política de financiamento que incrementou recursos para a rede privada e filantrópica preexistentes, o que atendeu à velha reivindicação de prestadores de serviços para revisar as tabelas de preços por procedimentos pagos pelo SUS. Isso aumentava os tetos financeiros de estados e municípios, mas não alterou a prática de utilizar o setor privado para atender à demanda pública. A premissa subjacente é de que, a partir do estabelecimento de contratos, "o setor privado se comporte como se público fosse", porém, na prática, "o contratante, que é o setor público, é quem se comporta como se privado fosse" (Entrevista 10).

Melhor explicando, no Brasil se instalou um círculo vicioso, em que se estabelecem contratos por produção ou pagamento de mercado, empregando como parâmetro uma lista de procedimentos e os valores pagos por eles (tabela SUS), a qual constantemente passa por processos de atualização. Essas listas são utilizadas para o pagamento dos exames, consultas e hospitalizações etc., mas muitos apontaram, nas entrevistas realizadas, que, mediante as pressões, esse mecanismo estabelece os "procedimentos do prejuízo" e "os procedimentos do lucro". Ou seja, os valores da "tabela SUS" estabelecem valores que aumentam conforme a tecnologia, e o mercado vai tendo mais interesse. Onde se incorpora menos tecnologia e se depende do desempenho dos profissionais de saúde, os procedimentos dão prejuízo abaixo do custo, num contexto onde o mercado está mais interessado em lucrar no que ele "fornece de produto e insumo do que com o que ele oferta de serviço" (Entrevista 2). Ocorre que o simples reajuste de valores pagos aos prestadores de serviços, sem uma estratégia de reordenação do setor e fortalecimento do poder do setor público, além de permeável ao *lobby* da indústria em áreas mais lucrativas, significa uma opção governamental de "enxugar gelo", pois, dentre outras coisas, não altera o fato de a Saúde Suplementar sempre ter um poder de compra maior que o SUS, o qual possui a dificuldade de regular a rede privada e aquela filantrópica e, mais ainda, controlar a indústria da saúde:

> (...) porque eles querem praticar no sistema único os mesmos valores que eles praticam na saúde suplementar, o que é um absurdo.... Vou dar o exemplo do *stent.* A tabela do SUS é R$ 2.304. A primeira compra que a gente fez da principal fornecedora de *stent* no Brasil nós pagamos 380 reais. Hoje a gente paga 500 reais. Entendeu? 'Cê' acha que o fornecedor 'tá' tendo prejuízo com 500 reais? Não, mas ele vai querer, também puxar pra cima. [...] e tenciona até do ponto de vista de acesso, porque o hospital sempre

> vai preferir dar um leito pra uma pessoa que tem convênio que aquela do SUS. Que 'tá' acontecendo, muitas Santas Casas aqui no interior de São Paulo 'tão' perdendo filantropia porque deveriam atender 70% de SUS, 'tão' atendendo 42% (Entrevista 2).

As iniciativas de inovações gerenciais e regulatórias para dar sustentabilidade à saúde no que diz respeito à atenção médico-hospitalar (CARVALHO, 2007) não foram acompanhadas de propostas robustas para a edificação de uma rede assistencial pública, capaz de reverter uma prática de o setor público intensificar redes privada e filantrópica, porém num contexto de maior restrição financeira, por ser um direito de todos os cidadãos. Provavelmente, fixados na trajetória da política e numa visão incrementalista, é fato que houve pouca ousadia no que diz respeito a rediscutir a relação entre o público e o privado na política de saúde brasileira, seja no que diz respeito à rede complementar, seja ao mercado supletivo. Nesse sentido, "muitos políticos de boa intenção e um pouco de ingenuidade eles dizem que o SUS é uma política inconclusa. É muito pior, ela não é inconclusa, está sendo estruturado outro sistema" (Entrevista 10).

6.3.1 Orçamento e EC 29: postergando decisões

Notadamente em 2003, o governo Lula defendeu a ideia de que o crescimento sustentável passaria pelo ajuste definitivo das contas públicas, o que significaria medidas destinadas à geração de superávits primários suficientes para reduzir a relação entre dívida pública e Produto Interno Bruto – PIB (TEIXEIRA E PINTO, 2012). Em consequência, a forte retração fiscal limitou a capacidade do Estado de ampliar os gastos sociais no primeiro ano de governo. No caso da saúde, em 2003, o governo Lula gastou menos do que os dois anos imediatamente anteriores, o que equivaleu a um gasto, em termos da sua parcela no PIB, igual ao de 1998. Ao se aproximar a lente analítica na primeira variação ministerial do governo Lula, alguns entretons políticos aparecem na definição das despesas com saúde.

Uma das primeiras ações dos parlamentares recém-eleitos foi reverter os talhos do governo FHC na proposta orçamentária de 2003. Isso significou realocar R$ 2,13 bilhões para o Ministério da Saúde na definição da Lei 10640, de janeiro de

2003 (LOA/2003), que fixou a despesa do MS com saúde em cerca de 27,7 bilhões correntes. Pela primeira vez, desde 2000, iniciar-se-ia o ano com dotação suficiente para cumprir a EC nº 29.

Porém, no mês seguinte, duas normas emitidas pelo Governo Federal atingiriam a área da saúde. A primeira foi o Decreto 4591/2003, que vedou aos órgãos, fundos e entidades do Poder Executivo realizarem despesas ou assumirem compromissos que não fossem compatíveis com os limites de movimentação e empenho e de pagamento estabelecidos na LDO 2003, com consequente contingenciamento de R$ 1 bilhão e 620 milhões do orçamento do MS. Por sua vez, o Decreto 4594/2003, também emitido em fevereiro, cancelou os Restos a Pagar de 2002, o que imprimiria um novo descumprimento da EC 29, ao correr o risco de não pagamento de R$ 2,5 bilhões de despesas empenhadas. Nesse enquadramento, após negociações com o Ministério da Saúde, o Ministro do Planejamento Guido Mantega anunciou a garantia de R$ 1,2 bilhão para a saúde. Nesse primeiro ano de governo, cujos primeiros sinais foram de manutenção da política de austeridade, o gasto federal com saúde equivaleu ao do ano de 2000, com um percentual do PIB igual ao do ano de 1998, exatos 1,58% (PIOLA et al., 2013).

Porém, o veto presidencial ao § 2º do Art. 59 da LDO/2004 ameaçou novamente reduzir recursos. Primeiramente, porque considerou que o orçamento do MS deveria atender também, EC nº 31, relativa ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Se mantido o veto, o CNS calculou uma redução no gasto em Ações e Serviços Públicos de saúde (ASPS) em cerca de R$ 4 a 5 bilhões de reais. Segundo, ao retirar o destaque de que despesas com inativos e serviço da dívida não deveriam ser computados como gastos com ASPS, dava-se a prerrogativa para estados e municípios da federação declararem despesas contrárias àquelas definidas pela Resolução 322/2003 do CNS.

Em reação, o movimento chamado *SOS Saúde*, encampado pela Frente Parlamentar da Saúde, junto com os Conselhos Federais de profissões e o CNS, defendeu a recomposição do orçamento federal de 2004 e o cumprimento da EC 29. Por meio de vários atos, buscou-se dar visibilidade pública ao problema, “sensibilizar” o governo e conseguir a maioria na Comissão Mista de Orçamento para derrubar uma nova tentativa de contingenciamento ou mesmo encontrar outra

solução para evitar perdas[159]. Mediante a mobilização social, conseguiu-se aprovar uma LOA/2004 que representou o acréscimo em relação ao ano anterior de 20,4%, apesar do pífio crescimento do PIB de 1,14% no ano de 2003.

Após a recomposição do orçamento, o então Secretário-Executivo Gastão Wagner acentuou a importância da mobilização social para a área da saúde:

> (...) outro indicador da vitalidade do Movimento Social da Saúde pode ser evidenciado na recomposição da Lei de Diretrizes Orçamentárias e na construção de novo consenso no processo de recomposição do Orçamento da Saúde 2004 [...] Criou-se um processo de diálogo (Ata 136 do CNS, novembro de 2003).

Nessa mesma circunstância, a CUT disse ser preciso ter compreensão de que o momento era complexo para alcançar a reorientação do País para um desenvolvimento econômico sustentável e socialmente justo, sem rompimentos desastrosos, ao mesmo tempo em que era necessário que o Conselho Nacional de Saúde mantivesse uma posição firme e equilibrada. Por sua vez, os gestores subnacionais, representados pelo CONASS e CONASEMS, demonstravam-se solidários ao Ministério da Saúde, mas sem deixar de pontuar que os recursos definidos no orçamento ainda eram insuficientes para a execução dos programas e ações prioritárias. Para 2005, o conflito já foi mais ameno, em geral focado no que seriam Ações e Serviços Públicos de Saúde e no debate sobre a execução orçamentária, já que a LOA/2005 anotou R$ 36,7 bilhões para a saúde (quase 10% superior em relação ao ano anterior), após um dos melhores crescimentos anuais do país – PIB de 5,76%.

A Reforma Tributária, instituída pela EC 42/2002, conseguiu manter a alíquota e o vigor da CPMF por mais quatro anos e, por isso, praticamente a CPMF não entrou na agenda do setor no primeiro mandato de Lula. Por outro lado, o Projeto de Lei Complementar (PLC) 01/2003 ganhou destaque ao se tornar a proposta defendida pela coalizão SUS para a regulamentação da EC 29. Esse PLC foi deflagrado pelo Deputado Roberto Gouveia (PT), em fevereiro de 2003, com o mesmo teor do PLP 201/2001, ou seja, queria a definição de percentuais de receitas

[159] É importante registrar que a Comissão de Financiamento, do CNS, dedicava muita atenção à questão da execução orçamentária em todo o período estudado nesta pesquisa, conforme percebido na leitura das atas daquele Conselho. Ainda que opção da pesquisa não foi adentrar no tema do financiamento, é relevante anotar dois pontos: 1) habitualmente, assinalava-se a baixa execução orçamentária dos programas do Ministério da Saúde em relação ao previsto; 2) Em geral, tinham-se dúvidas se a baixa execução devia-se aos problemas gerenciais ou aos contingenciamentos nos recursos.

da CPMF ao montante equivalente ao empenhado pela União no exercício anterior ao percentual mínimo correspondente à variação do PIB. Essa proposta foi aperfeiçoada pelo Deputado Guilherme Menezes (PT), relator do projeto na Comissão de Constituição de Seguridade Social e Família (CSSF). Em pactuação com o CNS e a Frente Parlamentar da Saúde, o projeto substitutivo retomou questões antigas ao debate da EC 29, inclusive o certame sobre o destino de 10% de receitas correntes da União[160], no mínimo, em ações e serviços públicos de saúde, o que representava um aumento significativo de recursos em relação ao projeto original. Em termos monetários, de acordo com o relatório apresentado pelo relator na CSSJ, tomando o exercício financeiro de 2002, isso representaria um montante de R$ 34 bilhões, enquanto a primeira proposta manteria os recursos na ordem de R$ 28 bilhões. Segundo o referido PLC[161], os estados e o DF aplicariam, em ASPS, o mínimo de 12% da arrecadação de impostos, deduzidas, no caso dos estados, as parcelas que fossem transferidas aos respectivos municípios, enquanto os municípios e o DF destinariam 15% da arrecadação de impostos. A proposta dos 10% da receita corrente bruta da União destinada ao SUS significava que,

> (...) somando os recursos federais, estaduais e municipais, todo o recurso público oscila entre 3,7 e 4%. Isso é a história dos 29 anos do SUS. Aqueles quinze países que a Organização Mundial de Saúde selecionou com que tem do melhor dos sistemas públicos a média é por volta do 8% do PIB só de recursos públicos. Então a nossa diferença é de 3.7 a 4% para os 8% foi mantida dogmaticamente, matematicamente nos 29 anos do SUS e, quando chega em 2003, aparece a bandeira dos 10% da receita corrente bruta, uma bandeira que foi temida como o diabo pela área financeira do governo, os 10% da corrente bruta nós simplesmente passaríamos da diferença de 3.7 a 4% para 4.2 a 4.8% (Entrevista 10).

Sendo “temida como o diabo” pelos atores governamentais com força para definir os gastos públicos, embora aprovado rapidamente por três comissões

[160] Essa foi uma reivindicação da 12ª e da 13º Conferência Nacional de Saúde (CONASS, 2011).

[161] No PLC 01/2003 também foi apensado o PLP 181/2004, sugerido pelo deputado Rafael Guerra (PSDB), então coordenador da Frente Parlamentar da Saúde, no qual se aplicava uma proposta de difícil aprovação, por sugerir que a base de cálculo aplicada pela União guiada pelo PIB do ano de execução, com percentual do PIB nominal (2 a 3%). Com pouca visibilidade, o PLP 159/2004, exposto pelo Deputado por Geraldo Rezende (PPS), apresentava-se mais como uma tentativa de colocar a Resolução 322/CNS em apreciação ao Congresso Nacional como Projeto de Lei Complementar e lançar a ideia de elaboração de Mandado de Injunção pelo Judiciário para cumprimento da EC 29. O mesmo foi declarado prejudicado face à aprovação do substitutivo 01/2003.

técnicas (Constituição e Justiça e de Cidadania, Finanças e Tributação e Seguridade Social e Família), o PLC nº 01/03, foi obstruído em seu percurso:

> (...) passa em todas as comissões da Câmara, eu nesse momento eu militava no Ministério da Saúde e o CONASS e o CONASEMS, o Conselho Nacional de Saúde, a militância toda ia pra dentro da Câmara debater com os deputados e foi passando em todas as comissões, mesmo as comissões onde os conservadores eram maioria, foi passando todas elas e parou na mesa do presidente da Câmara a mando da área econômica do governo (Entrevista 10)

Não diferente de seu antecessor, o governo Lula quis manter um cálculo que lhe obrigasse apenas a destinar o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB, assim mantendo as suas chances de vincular despesas polêmicas como ASPS. Vale lembrar que uma das tentativas de adiamento da regulamentação adveio da iniciativa de atores governamentais envolvidos com outra política de saúde. Como a PLC 01/2003, restringia as despesas com ações com saneamento ambiental, o Conselho Nacional das Cidades emitiu uma resolução que, dentre outras questões, recomendava ao Ministério das Cidades o adiamento da tramitação do PLC nº 1/03 e ampliasse a discussão no Congresso com os setores interessados. Com essa nova variável, começou-se a alinhavar um acordo político, firmado entre as partes (CNS e CONCIDADES), visando garantir a tramitação da EC nº 29 em caráter de urgência.

Pelo ângulo das demais esferas de governo, apesar da PLC 01/2003 ter entrado na pauta reivindicatória dos prefeitos[162], os governadores não se mostraram mobilizados. Pelo contrário, apesar de almejarem o compromisso da União com os 10%, eles impunham resistências para cumprir os 12% de recursos próprios aplicados em ASPS, como previsto na EC 29. Com a conivência dos Tribunais de Conta Estaduais, em alguns governos estaduais tornou-se hábito incluir despesas polêmicas no montante de recursos declarados, como aposentadorias, saneamento e planos de saúde de servidores[163]. Nessa direção foi alegórica a atitude de Rosinha

[162] Na VII Marcha à Brasília em Defesa dos Municípios, ocorrida em março de 2004, o PLC 01/2003 era uma das pautas reivindicatórias.

[163] Para além dos problemas de interpretação da EC 29, a natureza declaratória e não obrigatória do Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), institucionalizado em 2000, dificultava precisar o cumprimento dessa norma pelas unidades da federação, bem como se tornava polêmico usar as suas informações como critério para as transferências de recursos da União. De qualquer modo, mesmo antes de tornar-se obrigatório (apenas no exercício 2013, após Lei que regulamentou a EC 29), o SIOPS revelou-se um importante instrumento de acompanhamento das despesas com saúde e cumprimento dos percentuais mínimos com saúde.

Matheus, então governadora do Rio de Janeiro, quando ajuizou uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 2999[164]) para impugnar a Resolução 322/2003 do CNS, arguindo a violação aos artigos 196, 198 e 200 da CF-88 e dizendo que somente as diretrizes do Congresso poderiam definir as regras a serem seguidas. Embora pudesse incomodar-se em relação ao descumprimento da regra por parte dos estados[165] e quisesse a certeza de que os municípios gastariam 15% dos seus recursos próprios, as ações do governo Lula foram no sentido de adiar, permanentemente, o trâmite da PLC 01/2003 na Câmara, indo de encontro ao Plano Nacional de Saúde (2004-2007), que definiu como prioridade a estabilidade de recursos das três esferas de governo para a saúde, com consequente aumento da oferta e da capacidade resolutiva da atenção à saúde no País, por meio da regulamentação da EC 29:

> (...) O governo Lula foi contra o tempo todo, tanto quando o Palocci era ministro, quanto depois, quando o Guido era ministro da área econômica do governo, sempre foi contra a vinculação dos 10% da receita bruta ou 18% da receita corrente líquida que é a forma mais correta de fazer a vinculação, né... porque não se faz essa vinculação em cima da receita bruta, mas mesmo os 18% da receita corrente líquida o governo sempre foi contra (Entrevista 7).

Num contexto em que se manteve a prática de desvincular vinte por cento da arrecadação da União obtida por impostos, contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico[166], por meio da Desvinculação de Receitas da União (DRU), era claro que o pensamento do então Ministro da Fazenda, Antônio Palocci, em relação ao financiamento da saúde no Brasil, era oposto ao daqueles que defendiam um financiamento público mais robusto na área. A título de comprovação, quando convidado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) para justificar o porquê da pasta econômica provocar restrições na área da saúde, o mesmo chamou a atenção para três problemas. O primeiro deles seria a

---

[164] A matéria foi considerada pelo Supremo Tribunal Federal como infraconstitucional apenas em 2008.

[165] A Nota Técnica 009/2005 do SIOPS informou sobre as divergências verificadas entre a autodeclaração dos gastos pelos estados e os valores dos balanços. Em cálculo da aplicação dos recursos dos Estados em ASPS em 2003, dezesseis Estados não cumpriram a EC 29 (AL, CE, MA, PB, PE, PI, ES, MG, RJ, PR, RS, SC, DF, GO, MS e MT) e onze cumpriram (AC, AM, AP, PA, RO, RR, TO, BA, RN, SE e SP).

[166] Isso ficou demarcado pela aprovação da EC 42/2003 e depois pela EC 56/2007, que alterou o sistema tributário nacional. Naquele momento, o Ministro da Fazenda mostrou-se permeável ao pleito dos governadores de também terem o direito de desvincular 20% das despesas arrecadas pelos estados, mas as bancadas na Câmara ligadas às questões sociais reagiram contra (TEIXEIRA E PAIM, 2005).

busca de um equilíbrio econômico e, portanto, da dívida pública brasileira que interferia negativamente no financiamento das políticas sociais. O segundo seria a produtividade no setor público. Nesse ponto, ele insinuou que o problema da saúde poderia estar na "largura do ralo", e não na "largura da torneira", ou seja, retomou o velho dilema gestão *versus* financiamento que também marcou os debates no governo FHC, inclusive afirmando que comparações internacionais sobre gasto público e privado são inconclusivas: "comparações internacionais não têm muito valor para nós" (PALOCCI, 2010, p.22)[167]. O terceiro problema seria o fato de a saúde ser o único setor da economia em que a tecnologia não traz redução de custo. O principal argumento, totalmente heterodoxo no debate do setor, é o de que "o maior amigo da saúde é o superávit primário", pois, ao impor equilíbrio às contas públicas num país altamente endividado, criam-se as condições dos governos aumentarem os seus gastos com saúde. Ao considerar ser impossível "não pagar a dívida" porque isso significaria apenas uma transferência para o futuro, o raciocínio é de que, sem estabilidade econômica, os problemas sociais se agravam; apenas com crescimento, o país consegue investir na área social.

Até meados de 2005, ficou claro o assentimento do próprio Ministro da Saúde em relação ao comportamento do quadro dirigente da economia do País. Mesmo sendo um político com vínculos com os demais integrantes da corrente majoritária do partido, Humberto Costa pode ser enquadrado como um "ministro periférico", que não disputa diretamente pela ampliação de recursos: "os ministros, geralmente ficam à parte dessa briga. Porque ela é feia. Quem briga é quem "tá" por baixo, entendeu? Quem briga é o secretário executivo, é o coordenador do fundo, é o secretário de assistência à saúde, é o secretário de vigilância*"* (Entrevista 2).

O Ministro Humberto chegou a verbalizar o seu compromisso com o orçamento e a Emenda nos termos da Resolução nº 322 do CNS, como parâmetro para o aumento do aporte de recursos para o SUS, mas esgueirou-se de defender o financiamento da saúde dentro do próprio governo. Isso ficou muito nítido logo em sua primeira participação na reunião do Conselho (Ata 127 do CNS, fevereiro de 2003), quando fez uma longa análise de conjuntura e definiu algumas prioridades da

[167] Para exemplificar, usou o caso dos EUA, que gastam muito, como os Estados Unidos, mas tende a ter resultados muitos ruins. O mesmo só se esqueceu de considerar que os EUA tradicionalmente é um exemplo típico de sistemas residuais, que de fato eleva os custos por estar numa lógica de mercado com baixo controle do Estado. Der um modo tão descontrolado a ponto de se definir uma reforma no setor, representada por uma nova lei – *Obamacare*.

gestão que se iniciava, sem grandes destaques ao problema do financiamento. No decorrer de sua gestão, além de aceitar manter a interpretação da Advocacia Geral da União (AGU) do texto do artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, ele parece ter contribuído para diminuir as tensões relativas à aprovação do projeto substitutivo da Emenda Constitucional 29.

Ao mesmo tempo em que dizia ser um problema, alguns estados e municípios não cumprirem a EC 29 ou apresentarem um *cumprimento artificial*, o Ministro Humberto Costa argumentou mais de uma vez no Conselho Nacional de Saúde que a conjuntura não era a melhor para a aprovação de uma Lei Complementar (processo eleitoral nos municípios, recesso do Congresso Nacional etc.) e que era preciso um debate aprofundado sobre o que se definiria como gastos com saúde. Provavelmente para evitar conflitos com o restante das lideranças do governo, Humberto Costa parece que incumbiu a si mesmo a função de porta-voz na tarefa de evitar a regulamentação da EC 29. Por esse motivo, constata-se que o governo Lula (em seu conjunto), sob a anuência do Ministro Humberto, agiu para adiar a resolução do problema do financiamento do SUS.

6.4 Gestão de Saraiva e Agenor: a defesa do SUS que gera continuidade

Na combinação de não conflitar diretamente com a equipe econômica do governo, nem com os interesses do mercado, provavelmente Humberto Costa permaneceria no Governo por um período mais longo. Porém, a sua administração padeceu de sérias crises relacionadas à corrupção. Deflagrado logo nos primeiros meses de 2003, um evento de visibilidade nacional adveio de denúncias sobre irregularidades do sistema de saúde no município do Rio de Janeiro. A solução passou por uma enérgica intervenção do Governo Federal, que, dentre outras ações, consistiu na publicação de um decreto presidencial que declarou estado de calamidade pública ao Sistema Hospitalar do SUS no Município do Rio de Janeiro, sendo tomadas duas medidas: desabilitação do município do Rio de Janeiro, passando a gestão do sistema para o Estado; e requisição de seis hospitais municipais para que o Ministério pudesse recuperar a capacidade de assistência hospitalar. Apesar das iniciativas para a solução, o governo e o Ministro não foram poupados de críticas pela mídia, e daqueles que tinham interesse na queda do Ministro da Saúde.

Uma segunda grande crise flamejou com a *Operação Vampiro*, em meados de 2004, que consistiu em uma investigação da Polícia Federal acerca de fraude e formação de cartel entre empresas para impor preços nas concorrências e licitações de compras do Ministério da Saúde, iniciada a partir de fortes evidências de irregularidades na licitação de hemoderivados. Essa operação equivaleu a uma das primeiras acusações de corrupção que afrontou a imagem ética do PT e, por conseguinte, da equipe do Ministério da Saúde. Já com esses desgastes, dois meses após o escândalo do mensalão que atingiu todo o governo, uma reforma ministerial foi realizada para ampliar a quota do PMDB, quando o Ministério da Saúde tornou-se moeda de troca por apoio político.

O indicado pelo PMDB para a pasta da saúde foi José Saraiva Felipe, médico e deputado federal por três legislaturas. Esse seria um dos poucos peemedebistas com ligação às três alas da legenda: o centro do presidente do partido, Michel Temer, que formalmente o indicou, a aliança de apoio ao presidente Lula, estabelecida nos contornos do Senador José Sarney, e a oposição representada por Anthony Garotinho, ex-governador do Rio de Janeiro. A ida de Saraiva Felipe para o Ministério da Saúde correspondia, segundo ele mesmo, às expectativas do Presidente Lula em ampliar a sua base de aliança no PMDB com um político que também tivesse experiência na área da saúde[168].

Fortemente entranhado na dinâmica partidária, Saraiva Felipe tinha uma notável experiência na gestão da política de saúde[169]. Ao propor uma condução suprapartidária que valorizasse os servidores da própria instituição – "nós olharemos muito mais a questão do compromisso com o SUS, do mérito, do que a questão partidária" (Ata 156 do CNS, julho de 2005) – definiu-se uma equipe formada por pessoas do campo da saúde, com a preservação de alguns atores dos primeiros anos de governo, mas com a inclusão de sanitaristas sem tanta vinculação com o PT em cargos estratégicos[170]. A Secretaria-Executiva foi destinada a José Agenor

[168] Segundo o Jornal Folha de São Paulo, que publicou a novidade em 08 de julho de 2005.

[169] Para exemplificar, a sua trajetória continha a participação do movimento de reforma sanitária pelo movimento estudantil, mestrado em saúde pública sob a orientação de Sérgio Arouca, coordenação do Núcleo de Pesquisa de Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON/UFMG), secretário de Saúde e Ação Social do município de Montes Claros (1985 a 1988) e secretário da saúde do estado de Minas Gerais (1991 a 1994).

[170] Francisco Campos e José Gomes Temporão exemplificam alguns outros sanitaristas que entraram para a equipe do primeiro escalão, ambos do antigo Partido Comunista Brasileiro, que assumiram, respectivamente, a SGETS e a SAS. Na ANS, onde os nomes dos indicados precisam de aprovação no Senado, mantiveram-se diretores filiados ou com maior aproximação com o PT.

Álvares da Silva[171], que, depois de alguns meses seria Ministro (março de 2006 até março de 2007), quando, provavelmente considerando as incertezas de sua permanência no cargo de Ministro, caso Lula se reelegesse, Saraiva Felipe se afastou para candidatar-se novamente a Deputado Federal[172]. Para Teixeira e Paim (2007), apesar de feita às pressas, a reforma ministerial revelou que

> (...) o esforço dos atores envolvidos com o movimento da Reforma Sanitária em continuar disputando, palmo a palmo, o terreno minado da política brasileira. Mesmo uma articulação partidária de caráter fundamentalmente fisiológico, contemplou um personagem vinculado ao projeto histórico da Reforma Sanitária (p.268).

Ou seja, mesmo tendo entrado nos acordos para ajustar o apoio no Congresso, o Ministério da Saúde continuaria a ser uma terra de sanitaristas. Liderado por um relevante quadro de sanitaristas, o discurso sobre a política de saúde fluiu para reforçar o pensamento de que o SUS continuava a ser a melhor alternativa para a saúde pública brasileira, inclusive considerado "a melhor e mais generosa proposta de sistemas de saúde da América". Não só uma vez, o Ministro Saraiva criticou aquelas "forças poderosas" que o procuravam com frequência e que "vendem a ideia de que o SUS é um projeto fracassado", dentre as quais, atores progressistas e da esquerda:

> Eu me surpreendo porque até entidades progressistas ou de esquerda começaram a desqualificar o SUS [...] – ainda que a intenção seja apontar as deficiências do SUS – isso é reforçar aqueles que querem desqualificar o Sistema por razões ideológicas ou interesses específicos, interesses econômico-financeiros, porque esse dinheiro poderia ser direcionado para outra área, quase uma proposta de terceirização do SUS [...]. Então, eu me pergunto: acabar com o SUS e colocar o que no lugar? (Ata 158 do CNS, setembro de 2005).

Em sentido próximo, Agenor Álvares disse que "nós vemos pessoas até mesmo da área da saúde que, diante de qualquer problema, criticam o Sistema Único de Saúde e o coloca como inviável e de baixa qualificação e nós sabemos que

---

Atenderam-se também os pedidos do PMDB, por exemplo, quando se definiu que o presidente da Funasa fosse Paulo Lustosa, um político do Nordeste. O próprio Antônio Alves de Souza, ex-chefe de gabinete de Humberto Costa e substituto de Gastão Wagner na secretaria-executiva, foi alocado na Secretaria de Gestão Participativa.

[171] Agenor foi admitido aos quadros do Ministério da Saúde por concurso público em 1979 e desde então começou a ocupar vários cargos de direção importantes na instituição.

[172] Resguardadas as diferenças entre Saraiva e Agenor, a partir de agora, arroga-se por uma análise sobre uma variação ministerial definida pela sua alienação ao PMDB e pela forte presença de sanitaristas.

não é" (Ata 164 do CNS, abril de 2006). Diante dessas tensões, o que fazer? Se não haveria "nada melhor do que temos hoje", dados os seus princípios generosos, a proposta de Saraiva era a de "politizar o SUS". Para ele, isso significava tanto expor os problemas do sistema público para a sociedade civil, quanto procurar o seu apoio e o da mídia, no sentido de ampliar a adesão ao SUS, e nunca de rediscutir a proposta com a sociedade. A promessa do Ministro Saraiva era de que a sua gestão seria "uma mudança dentro do mesmo governo do Presidente Lula" (Ata do CNS 156, julho de 2005). As promessas do Ministro Agenor também adotavam o tom de evitar retrocessos: "eu disse ao Presidente que, independente de estarmos interinamente no cargo, nós discutiríamos com os secretários e o Ministério como um todo para que não houvesse retrocesso e desmobilização em relação a nenhum dos projetos em andamento" (Ata 164 do CNS, abril de 2006).

Em geral, naquele período, a agenda federal visou fortalecer a estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica; manter a política de humanização da atenção à saúde; trazer para o debate algumas políticas ainda marginais, como a saúde do idoso. Com o timbre de inovação, a política de educação e gestão do trabalho da saúde, deflagrada na gestão de Humberto Costa, ganhou um novo tratamento, com maior ênfase em questões estruturais da formação de profissionais da saúde, que, por exemplo, incluiu a revisão curricular e o apoio à qualificação da infraestrutura de ensino junto ao MEC, bem como ampliou o debate, os estudos e as negociações sobre um dos ainda principais problemas do SUS, a "drástica limitação do pessoal de saúde e desumana precarização das relações e da gestão do trabalho em saúde", definido por Santos (2013) como uma das principais consequências do subfinanciamento do SUS.

Fazendo jus ao tempo, uma "tentativa da consolidação do SUS" (Secretário-Executivo José Agenor, Ata 162 do CNS, fevereiro de 2006) propalou-se no ano de 2006. Considerados os diagnósticos que coincidiam em reconhecer os entraves oriundos das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), aquele ano significou o desfecho de negociações que duraram cerca de dois anos, entre os gestores das três esferas de governo, acerca de mudanças no modelo de gestão do SUS: o Pacto pela Saúde, inscrito na Portaria MS 399/2006. Para um representante do CONASEMS,

> (...) o modelo de habilitação que até então estava sendo utilizado para enquadramento de municípios e estados no processo de

> municipalização e estadualização, já tinha batido no teto, estava superado e não correspondia mais aos desafios colocados na agenda do SUS, [...] nós saímos desse diagnóstico e construímos coletivamente um consenso em torno dessa questão do Pacto e colocamos no papel documentos Tripartite com alguns consensos importantes e com uma agenda com cronogramas de aprimoramento (Representante do CONASEMS, Ata de junho de 2006 da CIT).

O Pacto pela Saúde propôs mudanças na lógica dos processos normativos do SUS, como a habilitação para receber repasse federal; o reconhecimento da responsabilidade sanitária na lógica da definição de responsabilidades para cada esfera de gestão; e a definição de prioridades que constituiriam a agenda de trabalho para os gestores na busca de estabelecer metas e resultados mensuráveis. Outra novidade era a redução do número de programas (de 33 para 16) e de ações (de 240 para 170) comparativamente ao PPA 2004-2007, que deviam criar eixos estruturantes na organização do orçamento e aumentar a autonomia dos gestores no uso dos recursos (nos anos seguintes, ainda restaram "caixinhas" na proposta de LDO). O Pacto representava ainda a novidade de definir prioridades a serem atingidas, a partir de metas exequíveis, numa lógica gerencialista. As suas três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS – representavam a intencionalidade de melhorar os indicadores de saúde da população, defender o SUS perante a sociedade e repensar o modelo de gestão. Tal inciativa tinha, portanto, um teor político de reafirmação de uma trajetória, de longo prazo, mesmo face às duras dificuldades que se anunciavam após quase duas décadas de implementação do SUS.

Apesar da elevada adesão dos entes federados, muitos tinham dúvidas sobre os seus efeitos práticos: "o Pacto não pode ser uma abstração retórica, é preciso a materialidade das metas, nos controles de avaliação, apontando os responsáveis pelo financiamento, regulação e coordenação de cada item*"* (Marcus Pestana, presidente do CONASS, ata de junho de 2006 da CIT). Ou seja, representantes de gestores estaduais e municipais demonstravam preocupações cotidianas, impasses perseverantes que incidiam em pressões para uma agenda de curto prazo, que se comunicassem com a proposta entusiástica do *Pacto pela Saúde*. Por exemplo, demandavam-se respostas acerca dos poucos leitos de UTI neonatal, das correções de tetos financeiros, de atualização das tabelas do SUS, equacionamento de questões operacionais das mais diversas áreas, judicialização

da assistência farmacêutica etc.. De qualquer modo, em que pese o seu papel, o Pacto foi mais um dos sinais de ter havido um crescimento por diferenciação no SUS, por camadas, nem sempre com soluções estruturais: "o SUS passou [e tem passado] por um longo período – estranho não? – de mudar o nome de estratégias políticas, sem mudar efetivamente a essência das mesmas. Isso tem ocorrido, por exemplo, em diretrizes contidas nas NOBs, NOAs, PACTO*,* COAP*"* (Entrevista 12).

Nesse ponto, é importante notar que, em face da permanente dependência de uma rede complementar de serviços, repetia-se a dificuldade de garantir o acesso à assistência à saúde. Como solução, repetidamente voltava-se a uma discussão sobre as revisões e correção dos tetos financeiros, movidos por transferências intergovernamentais, e valores constantes na tabela SUS, bem como qualificação da relação com a rede prestadora de serviços. Por exemplo, em setembro de 2005, o Ministério da Saúde instituiu um programa de reestruturação e contratualização com os hospitais filantrópicos, por meio da Portaria GM 1.721, e que representou um aumento substantivo de recursos, em torno de 20%. Sobre a rede privada lucrativa, após várias tensões de atores do setor privado para revisar os valores das tabelas dos serviços prestados ao SUS, o Ministro Agenor Álvares anunciou, em maio de 2006, em reunião ordinária do CNS, o descarte da revisão das tabelas de procedimentos naquele ano – exceto para partos normais. Naquele momento, o vice-presidente da Confederação Nacional da Saúde falou sobre um quadro de extrema dificuldade financeira dos estabelecimentos privados de saúde que, em sua conta, era responsável por cerca de 70% da assistência prestada pelo SUS. Acrescentou, ainda, que o setor privado estava enfrentando embaraços para celebrar novas convenções coletivas de trabalho, dado as dificuldades de adequar os salários dos prestadores ao novo salário mínimo porque não tinham a contrapartida de receita dos serviços prestados ao SUS (Ata 165 do CNS, maio de 2006). A resposta do Ministro Agenor foi a de também ter compromisso de corrigir a tabela SUS, os tetos dos estados e municípios, no entanto,

> (...) nós temos um dado concreto de realidade: o orçamento é finito. Se nós corrigirmos a tabela sem corrigirmos os tetos, estaremos criando um problema muito maior. [...] se eu aumentar a tabela linearmente, eu estou trazendo para o Ministério da Saúde um problema que nós não vamos ter solução à luz dos recursos dispostos para o Ministério da Saúde hoje [...]. Eu gostaria de chegar aqui e anunciar "vamos dar um aumento de 50% para todos os procedimentos, todos os tetos de estados e municípios", seria ótimo

> fazer isso, mas eu estaria sendo falso, demagógico, por isso que nós estamos empenhados em fazer com que a regulamentação da Emenda nº. 29 tenha um trâmite mais rápido, porque isso vai colocar mais recursos não só para o governo federal, aliás, do governo federal seria menos recurso que poderá ser aportado pelos estados e pelos municípios nesse conjunto [...] (Ata 165 do CNS, maio de 2006).

6.4.1 E continua... o conflito sobre o financiamento

Para o Ministro Saraiva, o subfinanciamento – "um problema crônico que vem desde o início do SUS" (Ata 158 do CNS, setembro de 2005)) – e os problemas gerenciais graves nas três esferas de governo eram os dois principais impasses do SUS. Nesse raciocínio, em curto prazo, o seu objetivo era gerir melhor os recursos e, se necessário, garantir a suplementação do orçamento de 2005[173] e negociar um orçamento melhor em 2006. Em termos estruturais, a questão que alimentou o debate ainda era a regulamentação da EC 29, que continuava empacada no Congresso.

Já passados os ajustes ficais dos primeiros anos do governo Lula, em 2005, a EC 29 foi considerada cumprida pelo CNS, mesmo com o contingenciamento orçamentário de RS 1,5 bilhão e os problemas burocráticos em torno da execução dos recursos. Em 2006, havia a ameaça de orçamento menos generoso, face à redução do PIB de 2005 em relação ao de 2004 (de 5,76% para 3,2%). Porém, embora o Projeto de Lei Orçamentária (PLOA) de 2006 tenha definido um valor inferior ao calculado pelo CNS como o mínimo a ser aplicado em ASPS, a LOA 2006 foi aprovada com um valor acima do mínimo, cerca de R$ 4 bilhões em acréscimo em relação ao ano de 2005 (mantendo um acréscimo de 10% em relação ao ano anterior). Assim sendo, a publicação da Lei 11.306/2006 (LOA/2006) significou, segundo o Ministro Agenor (Ata 164 do CNS, abril de 2006), um orçamento bastante equilibrado. No debate sobre o orçamento de 2007, após um crescimento de 3,96% no PIB, constituiu-se uma Lei Orçamentária que estipulou um crescimento de R$ 5 bilhões correntes, acréscimo de 12,7% em relação a 2006. Ou

[173] Em 28 de setembro de 2005, o Ministro da Fazenda solicitou uma suplementação orçamentária que incluía o MS, mas os R$ 1,2 bilhões eram destinados para o para a ação "Auxílio à Família na Condição de Pobreza Extrema, com Crianças de Idade entre 0 e 6 anos, para a Melhoria das Condições de Saúde e Combate às Carências Nutricionais", no intuito de atender o Bolsa-Família. Esse pedido foi atendido pela MP 261, de 2005.

seja, seguindo o ritmo positivo da economia, o gasto do Ministério da Saúde também crescia progressivamente, o que, por conseguinte, não representava, de nenhum modo, aumento proporcional em relação a outros tipos de despesas, nem alteração em relação ao PIB, conforme mostra o estudo de Piola et al. (2013).

Aqui se faz retomar e destacar aspectos polêmicos na constituição do orçamento do MS durante aqueles anos do governo Lula: o contingenciamento orçamentário, as velhas polêmicas acerca do que sejam gastos com saúde e a alocação de despesas para emendas parlamentares. Mesmo passados os anos de forte restrição fiscal e iniciada a rota acelerada de crescimento, a ameaça de contingenciamento ainda fazia parte da composição orçamentária do Ministério da Saúde. Em 2006, a Secretaria do Orçamento Federal (SOF) definiu limites orçamentários ao MS, que representavam R$ 1,5 bilhão. Somente para não desobedecer aos limites impostos por lei, em maio daquele mesmo ano, a saúde teria sido poupada de novos contingenciamentos[174]. Em fevereiro de 2007, exatos R$ 3,5 bilhões seriam contingenciados. A justificativa dada pelo Ministro Agenor era de que aquela era uma necessidade do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), coordenado pela Ministra da Casa Civil, Dilma Rousseff, e que isso não significaria necessariamente corte, por ser mais uma reprogramação de despesas, adiando a execução (Ata 170 do CNS).

Porém, se tomada a própria definição de contingenciamento utilizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, vê-se que este se caracteriza como um "procedimento utilizado pelo Poder Executivo, que consiste no retardamento e, não raro, na inexecução de parte da programação de despesa prevista na lei orçamentária" [175]. Sabido esse efeito habitual, pelo ângulo de várias entidades representadas no CNS, como a de um representante da União Nacional dos Estudantes (UNE), aquela atitude era uma clara manifestação do governo de preservar os lucros do setor financeiro em detrimento da saúde da população. Nesta direção, tem-se registrada a Resolução n^{o}. 369 do CNS, que solicita ao Governo Federal a imediata disponibilidade de parcela dos recursos orçamentários contingenciados pelo Decreto nº 6.046/2007, para a realização de empenhos relativos às despesas com ações e serviços públicos de saúde.

[174] O Decreto 5780/2006 definiu que o Poder Executivo faria um contingenciamento de R$ 92 bilhões em suas despesas naquele ano.

[175] Definição disponível em http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario-1/contingenciamento.

Apesar disso, na Esplanada, muitos parecem que compartilhavam da percepção de que a saúde gasta muito: “eu chego, sou recebido assim: ‘Chegou o mais rico da esplanada, esse é o que tem o dinheiro” (Ministro Agenor, Ata 170 do CNS, fevereiro de 2007). Talvez não familiarizados com a complexidade da política de saúde e de seu alto custo, o Ministério do Planejamento quis limitar, em 2005, em torno de 17% os gastos de custeio do Ministério da Saúde, conforme se fazia em outros ministérios para atender gastos administrativos com viagens, gastos internos. No caso da orçamentação do Ministério da Saúde, porém, custeio é interpretado como a própria prestação de serviços, como lembrou uma vez o Ministro Saraiva (Ata 179 do CNS, novembro de 2007). Vale anotar, ainda, que a tensão entre a área econômica do governo e o setor saúde no âmbito do governo federal parece ser similar em outras esferas: “eu já passei pelo município, pelo estado e agora estou como gestor federal do SUS – considera gastos com saúde como gastos compressíveis” (Ministro Saraiva, Ata 157 do CNS, julho de 2005).

O segundo ponto que se quer anotar aqui foi apelidado pelo Ministro Saraiva como o “problema dos caronas”. Desde 2002, na esfera federal, as LDO vinham desempenhando o papel da lei complementar, ao definirem que ações e serviços públicos de saúde compreenderiam a totalidade da dotação do Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Lei nº 10777, de 24 de novembro de 2003). Tal definição não era suficiente para dirimir as polêmicas, pois, de forma similar ao que acontecia nos estados, a União também procurava introduzir despesas com saúde, no sentido *lato* do conceito, mas que iam contra a Resolução 322/2003 do CNS.

Para ilustrar, a partir de 2004, diversas ações que estavam a cargo da extinta Secretaria de Desenvolvimento Urbano (SEDU), atual Ministério das Cidades, foram transferidas para o Ministério da Saúde. Tomando como referência a elaboração do orçamento para 2006, no PLOA alocou-se cerca de R$ 1 bilhão para a área de saneamento, considerando inúmeras atividades genéricas como ação de saneamento básico para controle de agravos, não apenas para os municípios de menos de 30 mil habitantes, como já era costumeiro e a cargo da FUNASA. Outra polêmica se fixou em relação às ações de transferência de renda às famílias em situação de extrema pobreza, as quais, de 2003 até 2005, representaram cerca de

R$3,3 bilhões do orçamento do Ministério da Saúde, embora coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Em 2006, o governo estipulou que R$ 2,1 bilhões para o programa bolsa-família[176] fossem alocados novamente no orçamento da Saúde[177]. Indo de encontro a isso, o CNS e a Frente Parlamentar da Saúde puseram-se contrários a esse objetivo. Somente após vários debates, inclusive com a ameaça do Congresso em não votar o orçamento, o governo concordou com a saída desse tipo de despesa[178].

Mais polêmicas do que o assinalado acima eram as objeções do CNS em incluir, no cômputo das ações e serviços de saúde do MS, as despesas com Farmácia Popular e com os Hospitais Universitários. No primeiro caso, que se estendeu mesmo após a Lei 141/2012, o argumento era o de que somente as despesas relativas a medicamentos com distribuição gratuita – como os destinados a tratar hipertensão arterial, diabetes, asma, HIV/AIDS etc. – são passíveis de serem contabilizadas no cálculo de ASPS. Como o programa Farmácia Popular seria um programa cujo o preço dos medicamentos seria subsidiado pelo Estado para a venda a preços baixos, a alegação era de que isso feriria os princípios da universalidade e da equidade. Porém, o Presidente do Tribunal de Contas da União (TCU), Adylson Motta, manifestou-se contrário a esse argumento (Acórdão 957/2005). No caso dos hospitais universitários, queriam garantir que os gastos ficassem a cargo do Ministério da Educação[179], inclusive entendendo os gastos

[176] O Programa Bolsa-Família possui um importante componente desenvolvido por equipes de saúde nos municípios, com o apoio das secretarias estaduais e ministério da saúde, até os dias de hoje, que é o acompanhamento das condições de saúde de crianças e adolescentes de famílias beneficiárias.

[177] Esse valor significava exatamente o dobro em relação ao orçado em 2005, mas, se contada a suplementação destinada ao Programa em 2005, os valores eram os mesmos.

[178] Em fevereiro de 2006, a oposição ao governo colocou que só votaria o orçamento se ele mantivesse do jeito que estava – no valor e sem a transferência para o Programa Bolsa-Família dentro do orçamento do Ministério da Saúde, com sinais de que a Frente Parlamentar da Saúde adotaria a mesma conduta. Por sua vez, a posição do Ministério da Saúde era a de que, embora atuasse politicamente para aumentar o orçamento do MS, não iria travar '*nenhuma contra-marcha contra o governo e, muito menos, uma contra-marcha no Congresso'* (Secretário-executivo Agenor Álvares, Ata 162 do CNS).

[179] Na reunião de agosto de 2006 no CNS, o Ministro Fernando Haddad explicou que, no Brasil, por razões históricas, não havia uma contabilidade própria dos hospitais de ensino, e sim um orçamento geral da universidade. Somente recentemente haviam se iniciado processos de contratualização com o SUS, o que tinha sido um avanço em relação ao modelo de pagamento por serviço prestado. Em virtude das pressões legítimas para ampliação do atendimento, da assistência, os hospitais universitários, em algumas regiões, tinham se tornado praticamente a principal opção assistencial pública. Para ele, haveria duas opções: 1) transformar esses hospitais em uma unidade de custo; 2) vincular os hospitais universitários 100% ao Sistema Único de Saúde, embora tivesse que garantir autonomia dos departamentos de ensino ligados à área da saúde. No entanto, essas

como de outra área: “agora, nós nos deparamos com o Ministério da Educação tentando fazer com o que a área da saúde assuma o custeio, inclusive o quadro permanente vinculado ao MEC, dos hospitais universitários” (Ata 158 do CNS, setembro de 2005).

O gasto do MS com Emendas Parlamentares também merece considerações. Quando vieram à tona os desvios de recursos públicos associados à compra de ambulâncias para os municípios com recursos de emendas parlamentares, o *Escândalo dos Sanguessuga* ou *Máfia das Ambulâncias*, viu-se que as despesas com emendas parlamentares haviam aumentado substancialmente nos últimos anos, passando de R$ 353,6 milhões, em 1999, para R$ 946 milhões, em 2005. Isto é, enquanto o orçamento do Ministério da Saúde dobrou nesse intervalo de tempo, as despesas com transferências não condicionadas praticamente triplicou até 2005, e ganharam uma escala excepcional em 2006 – justamente no ano em que as despesas com Média e Alta Complexidade sofreram um contingenciamento que exigiu recomposição na distribuição das despesas. Ao deflagrar-se a crise, que apontou para o uso de recursos públicos para fins eleitorais, novas regras sobre a aprovação de projetos e a criação de mecanismo de controle para o uso de recursos orçados pelo MS foram estabelecidas.

Sobre a regulamentação da EC 29, ou melhor, de sua não regulamentação, no que diz respeito às posições dos Ministros da Saúde, há a crença de que predominou a posição subalterna em relação aos ditames dos grupos com maior poder dentro do governo Lula: “Nem o Agenor. Porque a fava já tava dada(...) não só ele, mas os que vieram depois do Temporão também, os filiados ao PT obedeciam em continência aos limites e as prioridades dadas pela Casa Civil” (Entrevista 10). Saraiva parece ter sido mais explícito em seu interesse em solucionar o problema do financiamento, mas, ao mesmo tempo em que isso pode ser visto como uma pró-atividade, gerando efeitos, dado o seu perfil político, se ele tivesse permanecido mais tempo no cargo, por outro lado, pairam dúvidas se o seu ímpeto em explicitar um apoio deve-se ao próprio cálculo de que sua passagem pelo Ministro seria curta, visto o horizonte das eleições de 2006, então ele não chegaria a pagar o custo de travar uma disputa pela redistribuição de recursos no interior do governo.

---

alternativas dependeriam de um amplo debate com o Congresso e os Conselhos setoriais – da saúde e da educação.

No caso de José Agenor, bastante lembrado como um ator comprometido com o SUS em todos os cargos que acumulou durante sua longa trajetória como profissional de carreira do Ministério da Saúde, e que “dificilmente [ele se] trairia num narcisismo por uma vaidade de puxar as brasas pra outra sardinha que não fosse o SUS” (Entrevista 10), pensa-se que, ademais de seu próprio tempo como Ministro ter sido tratado como de transição (Agenor, por muito tempo, autodeclarava-se um interino no cargo), o mesmo não tinha força política para entranhar nos vendavais da política, e travar debates com o núcleo estratégico do governo.

Em termos do Projeto de Lei Complementar 01/03, poucos passos foram dados. Já passada pelo crivo das três comissões do Legislativo (CSSF, CFT e CCJC), várias entidades, dentre as quais as entidades médicas, Central Única dos Trabalhadores (CUT) e entidades prestadoras de serviço, diziam estar entrando em contato com as lideranças partidárias no Congresso, solicitando o apoio aos atores governamentais (Ministros do Planejamento, Fazenda, Casa Civil e Secretaria de Relações Institucionais do Brasil) e realizando atos de mobilização para a questão[180]. Os indícios são de que o aumento do financiamento público para o SUS foi um ponto de pauta comum de todos os atores coletivos do campo da saúde, inclusive daqueles que possuem uma visão liberal ou atuem na saúde suplementar ou a apoiem na base congressual. Provavelmente, esse apoio aparentemente inusitado (ou apenas desatenção sobre o assunto em alguns casos) deve-se ao fato de não se cogitar que isso tende apenas aumentar os valores dispostos ao pagamento de procedimentos privados sem a alteração do *status quo* da relação público-privado no Brasil, o que inclui a ausência de ameaça ao mercado de planos privados de saúde:

> (...) mesmo as entidades médicas que tem a categoria dividida, pois parte defende assistência liberal e outra empresarial como cooperativa, medicina de grupo, entre outros. Não há conflito entre os atores em pedir aumento do financiamento do SUS, desde que ele continue como está, ou seja, proporcionando parte dos atendimentos dos planos, principalmente os atendimentos de alta complexidade (câncer, transplante etc.), controlado na regulamentação e regulação. Desse grupo fazem parte os empresários da saúde e parte considerável dos parlamentares que têm financiamento desse setor em suas campanhas (Entrevista 11).

[180] Exemplo, a programação da Semana da Saúde de 2006 tinha uma atividade, no dia 5 de abril de 2006, em Brasília, em favor da regulamentação da EC nº 29.

Por sua vez, o governo Lula parece ter se eximido de agir para a priorização da matéria, apesar de seu poder de agenda no Parlamento brasileiro (LIMONGI E FIGEIREDO, 2009). Para oferecer um indício, o PLC 01/2003 entrou em discussão em primeiro turno no Plenário exatamente em 10 de abril de 2006, e quinze dias depois, ele foi retirado da pauta. O mesmo retornou ao plenário para discussão apenas em outubro de 2007, numa situação já conveniente para o Governo, que tentou acertar nele aspectos que ampliassem as chances de aprovação da CPMF. Tal lacuna no tempo é um sinal de que, apesar da mobilização social e dos anúncios do Ministro Saraiva, que teria "coragem" para articular com os seus ex-pares no Congresso e com outros atores governamentais[181], a criação de uma Lei Complementar foi perseverantemente obstruída. Uma explicação para isso, dada em uma audiência do CNS com o Deputado Aldo Rabelo (PC do B), então Presidente da Câmara dos Deputados, apontou justamente para a oposição dos integrantes da Fazenda, que não queriam o aumento de R$ 9 bilhões nos gastos orçamentários com a regulamentação da EC nº 29 e do desinteresse dos deputados, inclusive da base aliada do governo Lula.

6.5 Gestão Temporão: na barriga do PMDB, uma agenda sanitarista

Treze pontos compuseram a proposta para a saúde no Programa *Lula de Novo com a Força do Povo*, iniciado com os seguintes dizeres: "o nome do meu segundo mandato será desenvolvimento. Desenvolvimento com distribuição de renda e educação de qualidade". Assim, sem aparecer como um dos principais consequentes do desenvolvimento, em linhas gerais, para a saúde estipulou-se a criação de alguns tipos de serviços e de novos mecanismos de gestão pública e do cuidado, sempre com a lógica de fortalecer as políticas em andamento. Após a recondução ao cargo de Presidente, Lula nomeou o novo dirigente do Ministério apenas em meados de 2007, depois de alguns desacordos entre os aliados peemedebistas.

[181] Algumas falas do Ministro Saraiva nesta direção: "nós teremos que lutar bravamente pela questão do financiamento" (Ata 156 do CNS, julho de 2005). "Eu espero que, com a mesma coragem que eu tenho enfrentado essa discussão com a área econômica do Governo, inclusive, eu já me reuni com a Frente Parlamentar da Saúde e vou à Comissão de Seguridade Social e Família" (Ata 157 do CNS, agosto de 2005).

Certamente houve dissensos em torno do nome de José Gomes Temporão, secretário da SAS desde meados de 2005, dentro do partido político para o qual a pasta da saúde estava reservada para efeito de escambo político. Já iniciado o novo mandato, tanto Michel Temer, então presidente do PMDB, e Henrique Eduardo Alves, líder do partido na Câmara, ameaçaram publicamente abdicar da pasta da saúde para reivindicar outro ministério, dado que não concordavam com a indicação de Temporão, o qual taticamente havia se filiado ao PMDB apenas no final de 2006. Porém, assinalado pela mídia como uma preferência do próprio Presidente da República, que contou com o apoio do recém-eleito governador do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral (PMDB), a pasta da saúde foi destinada a José Gomes Temporão, como um brinde do governador do Rio de Janeiro[182]. Nessas condições, a disputa entre PT e PMDB deu-se pelo alto escalão da pasta da saúde. Anos depois, segundo o coletado na décima oitava entrevista desta investigação, o peemedebista Michel Temer afirmou que o PMDB foi a "barriga de aluguel" de José Gomes Temporão, o qual expressou ter gostado da declaração.

A ironia de uma gravidez por substituição era apenas mais uma das críticas de integrantes do PMDB àquele que formalmente representava o partido na Esplanada, em grande medida fomentada pelos atritos relacionados à distribuição de cargos. As principais pressões do PMDB vieram da bancada fluminense no Congresso. Logo após três meses de sua gestão, ele deixou às claras o conflito: "Querem nomear diretores de hospitais. A pressão é do Eduardo Cunha. O Inca, ele nem pede. Quando você atende ao pedido de um político, de um parente, você fica refém para sempre. Um pedido; e o compromisso se torna eterno. Não vou fazer isso*"* (Revista Piauí, agosto de 2007). Em 2008, dez deputados do Rio de Janeiro emitiram um documento em que se diziam desinteressados em qualquer nomeação do âmbito do Ministério da Saúde e solicitavam a demissão imediata de qualquer ocupante cuja nomeação fosse a eles atribuída[183]. Essa reação estava associada à tentativa de desmentir o interesse em indicar o substituto de José Carvalho de

[182] Em 2007, o PMDB passou a ter três ministérios e não apenas dois como no final de 2006. Provavelmente, como forma de atender os círculos de poder daquele multifacetado partido.

[183] Jornal Folha de São Paulo, julho de 2008. http://www1.folha.uol.com.br/poder/2008/07/423311-pmdb-do-rio-quer-desvincular-temporao-de-disputa-de-cargos-no-ministerio-da-saude.shtml

Noronha[184], cuja especulação da época também se relacionava às pressões do PMDB. Sobre isso, o mesmo disse:

> A emenda o que é, é um posto de saúde em Votuporanga, é terminar um hospital em Patos de Minas, são coisas importantes também [...] temos ainda batalhas congressuais a serem debatidas, há um conjunto de projetos de interesse da saúde pública brasileira que a gente tem de levar em conta [...] é possível um diálogo maior, identificação maior, às vezes presença maior na vida do partido, talvez isto tenha faltado, talvez seja ocasião de encontrar mais este tipo de diálogo, inclusive porque isso ajuda no fortalecimento do governo, das relações do Executivo (José Noronha, ex-secretário da SAS, O Estado de São Paulo, 18 de julho de 2008).

Após várias tentativas de lideranças do Congresso e mesmo do governador do Rio em definir quem assumiria a secretaria executiva, a nomeação deu-se para Márcia Bassit, uma auditora do TCU, sem tradição no campo, mas possivelmente com a missão de evitar mais um escândalo de corrupção oriundo dos contratos e convênios do Ministério da Saúde. Outro conflito saliente ocorreu no final de 2008, quando o Ministro Temporão emitiu críticas públicas à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), dirigida por Danilo Lopes – indicação do deputado Eunício Oliveira (PMDB - CE), bem como propôs retirar a saúde indígena do referido órgão. Uma nomeação que parece ter acalmado os conflitos do Ministério da Saúde com o PMDB foi a do secretário da SAS, o médico Alberto Beltrame, então diretor do Departamento de Atenção Especializada do MS (indicado pelo PMDB gaúcho). A Funasa continuou loteada para o PMDB, comezinho interessado nessa instituição que possui ramificações gerenciais por todo o País, e um orçamento relativamente alto. De qualquer forma, num jogo de pequenos constrangimentos e concessões, o fato é que a agenda do Ministério da Saúde permaneceu, em grande medida, no domínio dos sanitaristas, os quais continuaram a definir a agenda setorial, balizados pelos interesses governamentais e econômicos. A agenda federal foi guiada pela retomada de temas caros à reforma sanitária em diálogo com a agenda desenvolvimentista do segundo mandato de Lula.

Sem nenhuma dúvida, a política de saúde era notada por vários problemas, apesar de seus avanços. Entre nove cenas minunciosamente escolhidas

[184] Jornal Folha de São Paulo, julho de 2008. http://www1.folha.uol.com.br/poder/2008/07/423311-pmdb-do-rio-quer-desvincular-temporao-de-disputa-de-cargos-no-ministerio-da-saude.shtml

para representar o cotidiano dos brasileiros, no seu discurso de posse[185], o Ministro Temporão escolheu duas que mostravam a satisfação da população em razão de programas recentes do governo (Farmácia Popular e SAMU); uma que indicava o impacto epidemiológico positivo na redução da mortalidade infantil desde a implantação das equipes de saúde da família e atuação dos agentes comunitários de saúde; outra que enaltecia o trabalho do INCA (instituição que o Ministro havia administrado); mais uma que apontava para a importância de uma rede de pesquisadores vinculados a quatro instituições de ensino e pesquisa; e outra que relatava uma situação em que se via a mudança na qualidade da atenção às pessoas com transtornos mentais. Exatamente três tratavam de problemas do SUS, e elas estavam intrinsecamente relacionadas a questões da rede assistencial. Para destacá-las, segue:

> [Cena 1] Uma reunião do Conselho Municipal de Saúde discute a assistência em uma de suas áreas programáticas. O foco é a sua maior Unidade de Emergência, que sofre com escassez de insumos, equipamentos e especialistas. Por outro lado duas unidades ambulatoriais da mesma região operam sem nenhum grau de integração com o hospital. Os médicos e gestores dessas unidades não conseguem estabelecer entre elas um fluxo resolutivo. [...] [cena 4] Na baixada fluminense uma adolescente de 17 anos no 9º mês de gestação peregrina em busca de atenção por vários serviços durante dois dias. Ao final do périplo, mãe e bebê morrem em um hospital público do RJ. Embora tenha feito seis consultas de pré-natal ela não sabia onde seu filho nasceria, tão pouco quem seria o médico que os assistiria naquele momento. [...] [cena 7] um homem baleado chega à emergência de um hospital público. A emergência está lotada, faltam alguns especialistas e aparelhos importantes estão quebrados. Grande parte do atendimento é realizado por estudantes sem supervisão adequada. O salário médio mensal do médico deste hospital é de 1.200 reais (Ministro Temporão, 2007).

Embora sejam problemas estruturais do próprio sistema de saúde, concentrados na média e alta complexidade, ainda em seu discurso de posse, o Ministro convocou gestores, usuários e profissionais de saúde para criar um trânsito permanente entre macro e micro questões da saúde, pois era preciso “articular a compreensão dos determinantes da saúde da população brasileira, com o conjunto de providências e ações possíveis dentro da governabilidade setorial”. O pensamento sanitarista envolto é o de que as “grandes questões da saúde pública não se resolveriam apenas com o aperfeiçoamento da assistência aos doentes [pois]

[185] Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/2014_2002.php

produzir saúde, na maior parte das vezes está fora da governabilidade setorial (renda, emprego, habitação, saneamento, lazer, cultura, educação entre outros)". Ou seja, ensejava-se dar substância à ideia de que, no limite, tudo está associado à saúde, e, concomitantemente a isso, batalhar para solucionar alguns dos limites do SUS, dentre os quais o subfinanciamento, com fortalecimento e expansão de políticas já em andamento[186]. Essa agenda é totalmente coerente com o pensamento sanitarista que reforça a ideia de produção social do processo saúde-doença, mas também pode estar associado à própria compreensão do novo Ministro de que não teria condições de estabelecer grandes disputas dentro do governo: "ele dizia 'eu não tenho cacife pra briga, eu vou fazer promoção da saúde' (...), eu não vou conseguir mais dinheiro, mas eu posso impactar" (Entrevista 16).

O Ministro Temporão deixou clara a sua vocação em travar polêmicas. Com atenção da mídia, mesmo sem força política no Congresso, ele trouxe para o debate público questões sobre determinantes da saúde que mexiam com alguns fortes lobbies econômicos ou com aspectos culturais problemáticos, dentre os quais as restrições à propaganda de bebidas alcoólicas, a quebra do licenciamento de um dos medicamentos utilizados para o tratamento de pacientes HIV positivos, da regulamentação de propagandas de alimentos e a questão da legalização do aborto, que, de imediato, tinha 65% da população contra e a oposição das Igrejas[187]. Ainda na direção da promoção da saúde, porém sem controvérsias, aumentaram-se os debates acerca do problema de mortes por causas externas (como acidentes de trânsito, violência etc.), lançou-se o programa Saúde na Escola (PSE)[188] e criou-se o programa Brasileirinhos e brasileirinhas saudáveis, que integrava e fortalecia muitas das ações já existentes para o cuidado materno e infantil. Outro tema controverso, que rendeu ao Ministro um elevado conflito com o Conselho Nacional de Saúde, deu-se em relação à sua defesa de criar uma modalidade de gestão como saída

[186] Não aleatoriamente, portanto, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, adotou o tema da "Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento".

[187] Sobre esse tema, o presidente Lula disse que o governo não teria uma posição. Ver novamente entrevista ao Ministro José Gomes Temporão, no Programa Roda Viva, em 14 de julho de 2007. Já em entrevista à Revista Piauí, de agosto de 2007, Temporão afirmou que a única coisa que o presidente disse foi: "'Temporão, estou careca de saber que aborto é questão de saúde pública. Eu tenho uma posição pessoal sobre isso, mas é questão de saúde pública'. Entendi como um recado de que eu poderia seguir em frente".

[188] O programa tinha o propósito da articulação intersetorial nos territórios, especialmente das redes públicas de saúde e de educação para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.

para os problemas da administração direta, qual seja, as Fundações Estatais[189]. Apesar de os diversos argumentos daquela serem uma alternativa distinta ao modelo das Organizações Sociais (OS's) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's), com maior domínio público sobre as diretrizes e ações dos serviços de saúde, o Conselho Nacional de Saúde interpretou a proposta como mais uma forma de transferir responsabilidades públicas ao mercado.

Dando maior vigor a uma ideia subjacente à criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia no Ministério da Saúde, no segundo mandato do presidente Lula, ganhou destaque uma proposta de fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde (CIS) no País, certamente uma audaciosa inovação no que diz respeito à tradicional relação do setor saúde com o setor produtivo. De forma mais visível, a saúde começou a ser discutida como um espaço de produção de riquezas, e não somente como um gasto social, pois também produz desenvolvimento científico, tecnológico e econômico; gera empregos diretos e indiretos; existem indústrias de equipamentos, medicamentos, vacinas, reagentes para diagnóstico, material médico-hospitalar, medicamentos etc. Nesta direção, fazia-se necessário aumentar a capacidade do Brasil na produção de produtos estratégicos para o setor saúde; como medicamentos e fármacos, vacinas para o Programa de Imunização e equipamentos médicos.

A lógica subjacente a essa proposta é a de reduzir a vulnerabilidade do setor público em relação à indústria da saúde, pois o poder de compra do Estado deveria redirecionar o setor e a sua capacidade indutora da economia deveria rever a produção interna e diminuir a dependência das empresas multinacionais. Em termos práticos, a ideia era tanto o fortalecimento de empresas e laboratórios públicos produtores de vacinas e medicamentos, como o fomento do Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES) à indústria privada nacional. E também investir no aumento da competitividade em inovações das empresas e produtores

[189] Nas palavras do Ministro, "o grau de ineficiência dos hospitais públicos hoje dentro da Administração Direta é dramático, é dinheiro desperdiçado. É ineficiência, é funcionário que não aparece, que não trabalha, é falta de manutenção de equipamentos que leva a prejuízos absurdos para os Estados. Se, de um lado, essa é a realidade na Administração Direta, eu tenho posição contrária de achar que o mercado é que vai resolver essa questão. Ou seja, modelos que se aproximam do modelo das OS's, a meu ver, não são os mais adequados. Por isso, o governo está trabalhando há dois anos no desenho de um modelo jurídico institucional, o Ministério da Saúde e o Planejamento, a proposta está praticamente pronta e teve o apoio técnico da escola Nacional de Saúde Pública e do Núcleo de Direito Sanitário de Campinas" (Ata 179 do CNS, maio de 2007).

públicos e privados das indústrias da saúde[190]. Porém, segundo o estudo de Gadelha e Costa (2012), embora a área da saúde tenha sido reconhecida em sua importância econômica, ela não teve centralidade na política de desenvolvimento do governo Lula, coordenada pela Casa Civil.

Outra tentativa de colocar a saúde na rota da proposta desenvolvimentista fomentada pelo governo consta no Programa de Aceleração do Crescimento na saúde, que também ficou conhecido como *Mais Saúde.* Lançado no final de 2007, esse programa tinha três eixos estratégicos, cada qual mais amplo do que o outro: promoção e atenção à saúde; gestão, trabalho e controle social; ampliação do acesso com qualidade. No conjunto das 73 medidas e 165 metas, estipularam-se R$ 89,1 bilhões, dos quais R$ 65,1 bilhões viriam dos recursos já estipulados para atender o Plano Plurianual (PPA) e R$ 24 bilhões representavam recursos novos da União, destinados à expansão das ações. No entanto, além de deveras pulverizado, o que coincidia com o conjunto de medidas traçadas no Plano Nacional de Saúde (2008-2011), o PAC Saúde não representou nenhum recurso extra depois de constatada a não renovação da CPMF em 2007.

Se tomado o referido plano, no que diz respeito à rede assistencial, a centralidade da política de saúde manteve-se na atenção básica, na expansão do SAMU, na ampliação do acesso a medicamentos fornecidos pelo SUS, na ampliação da rede própria e privada do Programa Farmácia Popular e, até mesmo, na implantação de uma Política Nacional de Atenção Domiciliar. Em voga em todo o mundo e no Brasil, o tema da regionalização ganhou maior força nas discussões intergovernamentais, impressas no Ministério da Saúde no que se chamou de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), em referência à tentativa de ampliar as historicamente relegadas redes regionalizadas de atenção à saúde. Nesta direção, e com quatro anos sequenciados de crescimento da economia e, por conseguinte, de aumento em termos absolutos dos recursos de todas as esferas de governo para a área da saúde, definiram-se algumas metas direcionadas à instalação de novos pontos de atenção. Dentre estas, financiar a criação e o custeio de 400 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's), de 430 novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em termos de serviços novos,

[190] Ver Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação, bem como Programa de Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde, respectivamente, instituídos pelas Portarias MS 374 e 375.

estabeleceu-se a meta de construir e custear Unidades de Pronto Atendimento (UPAS's) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Enquanto esta última proposta não sofreu importantes resistências, pois ia ao encontro de qualificação da atenção primária à Saúde, a segunda foi deveras contestada por várias entidades, dentre as quais o CONASS, que considerou um serviço de pronto atendimento um retrocesso às tentativas de reorganização do modelo assistencial (Entrevistas 7, 9 e 14).

A despeito da conhecida limitação da rede especializada e hospitalar, basicamente o investimento em unidades de saúde (construção, ampliação, reformas e equipamento) destinou-se para três perfis: 1) as unidades que já atendiam aos "princípios de racionalidade e eficiência na oferta e à estratégia de regionalização"[191]; 2) a rede hospitalar filantrópica (65 unidades por ano, ao custo médio de R$ 2 milhões por unidade, até 2011); e 3) a rede de hospitais de ensino (reforma e reequipamento de 140 hospitais de ensino até 2011). A meta financeira para essas ações era de R$3,36 bilhões para quatro anos. Na direção de ampliar a oferta e o acesso a serviços da rede nacional de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, que consumiria 1/3 dos recursos orçamentário do Plano, afora o investimento em centros de oncologia, a estratégia fundamental ainda era a habilitação de serviços públicos, privados e filantrópicos (terapia renal, traumato-ortopedia, oftalmologia, saúde auditiva), a partir da redefinição de novos critérios. Ainda em relação às filantrópicas, há de ressaltar que o governo Lula definiu grandes mudanças em relação à certificação dessas entidades, não apenas no setor da saúde. Algo muito criticado por alguns atores ligados à reforma sanitária foi a promulgação Lei 12101/2009, a qual permitiu que entidades consideradas de excelência (Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio-Libanês, dentre outros) realizassem e executassem projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, o que lhes possibilitou a substituição da obrigatoriedade de destinar 60% das suas atividades assistenciais para o SUS, segundo a tabela de procedimentos deste. Em relação aos equipamentos para qualificar a assistência pública, e diminuir a dependência da rede privada de serviços, o Plano Nacional de Saúde (2007-2011) falou apenas em substituição de 2.608 máquinas de hemodiálise e aquisição de 24

[191] INTO; Rede Sarah; Queimados/RJ; Hospital do Andaraí/RJ; Santo Antônio do Descoberto/ GO; Quarteirão da Saúde/SP dentre outros.

equipamentos de radioterapia, sem nenhuma proposta mais ousada para solucionar o problema de acesso da população a outros tipos de exames e procedimentos.

Em contrapartida, o governo federal criou uma linha de crédito para grandes hospitais privados, que “simplesmente dobram a capacidade instalada deles, dobram os equipamentos colocados dentro deles e esses hospitais nada mais são do que os hospitais que recebem os clientes, os consumidores da elite nacional, daqueles que tem os seguros privados mais caros do Brasil” (Entrevista 10). Nessa composição de escolhas, a diminuição do fosso em termos de acesso a procedimentos de maior complexidade entre os que possuem acesso à saúde suplementar e o restante dos brasileiros não parece ter sido tratada de forma minuciosa conforme identificado por Coelho (2017).

Assim, qualquer que seja a cena relacionada à escassez de insumos, equipamentos e especialistas, além de dificuldades de articulação dos pontos de atenção, com consequente desassistência dos cidadãos atendidos pelo SUS, por vezes com óbito, a agenda governamental daquele momento causa a impressão de estabelecer em alguns aspectos a desconexão entre problemas e suas soluções. Lógico que, em termos estruturantes, qualquer agenda focada nos determinantes sociais é cuidadosa com as condições de saúde da população, inclusive evitando a cronicidade da doença, algo que possui os seus efeitos também no controle dos custos. Mas, se observado que o tempo político de um governo é curto, e mesmo no fato de que o governo Lula, por meio de outros Ministérios, já destinava atenção alterosa a grandes determinantes sociais da saúde (pobreza e educação), acredita-se que não faltaram apenas mais recursos para a saúde ou restrito poder político, mas também originalidade em travar disputas naquilo próprio da reorganização de uma política de saúde que já se mostrava altamente limitada em estancar os efeitos da mercadorização da saúde.

Curiosamente, quem parecia ter uma ideia original era o próprio presidente Lula, que disse:

> Na minha opinião, qual é a solução? A solução é você credenciar a rede médica de especialista nesse país pra atender quem quer que seja com um cartão, um cartão do SUS. Ah, precisa fiscalizar e precisa melhorar o pagamento do SUS [...]. Então, se você quer credenciar toda rede médica, que é minha opinião… já defendi isso com Temporão, com Humberto Costa, com Padilha eu acho que é a melhor solução já que você não vai formar médico em um ano [...] (Lula, entrevista coletiva com blogueiros, 2014).

O próprio Lula sabia da assimetria entre o setor público e privado no que tange aos recursos dispostos para a contratação da força de trabalho, prestação de serviços e aquisição de insumos: “se o SUS paga pro médico 10 reais por consulta, um plano particular paga 50 e um privado paga 300 e você é médica e tem lá no teu consultório quatro pessoas na sala quem é o privado que vai pagar 300?” (Lula, Coletiva com blogueiros, 2014). Como uma solução, ele parece ter pensado em credenciar toda a rede médica para atender o setor público, essa ideia não foi sequer exposta nos debates institucionais, pelo menos não há nenhuma pauta relacionada a isso na agenda do Conselho Nacional de Saúde, nem na Tripartite.

Se essa proposta do credenciamento realmente existiu e foi estancada pelos próprios Ministros da Saúde, a suposição imediata é de que os motivos devem-se ao fato de ser uma proposta comumente considerada de cunho liberal, indo de encontro ao processo que já se havia definido de implantação de equipes de saúde da família com adscrição de clientela. Acontece que, além de poder ter sido uma importante abertura para renegociações políticas sobre o futuro uma agenda, essa foi justamente uma das concessões do Sistema Nacional de Saúde inglês às demandas dos médicos, a qual, ao longo do tempo, não interferiu na constatação de uma capacidade elevada de o Estado controlar o mercado e garantir mais igualdade entre os cidadãos. Lógico que aqui não há espaço para a análise do que não ocorreu, nem se acredita na transposição de modelos de sistemas de saúde, ainda mais quando os contextos culturais e econômicos são muito distintos, mas urge demarcar que nenhuma ideia nova e expressiva foi encampada naquele período de governo do PT, no sentido de rever a própria trajetória do SUS. Ao contrário, o escopo de soluções foi encontrado na renovação de premissas muito fortes de um período pré-SUS.

6.5.1 Novamente, o inconcluso?

Ao assumir uma função substitutiva de outras fontes, a CPMF tornou-se uma das principais fontes de financiamento do MS, significando uma média em torno de 30% do total dos recursos federais para ASPS, durante o período em que vigorou, entre 1997 e 2007. Em 2007, era preciso uma nova autorização do

Congresso para a arrecadação da CPMF e para a desvinculação de 20% das receitas da União pelo Congresso, pois o prazo de vigência encontrava-se à beira do fim. Assim, o Poder Executivo apresentou a PEC 50/2007, em abril de 2007, que pedia a prorrogação da vigência de ambas. Uma das justificativas para essa solicitação era de que a DRU (responsável por 58% do total dos recursos livres da União) e a CPMF seriam fatores que, sem dúvida, teriam contribuído para a evolução positiva da situação fiscal do Brasil. Porém, como amplamente divulgado, a decisão no Legislativo foi pela extinção da CPMF, fato que se tornou uma das principais derrotas do governo Lula no Congresso, em todos os seus oito anos de governo, e a perda de uma oportunidade de inflar o financiamento público da saúde (Entrevista 18).

Para mostrar que as ideologias muitas vezes se encaixam de acordo com as circunstâncias e artimanhas do poder, basicamente os argumentos dos parlamentares inverteram-se em relação à CPMF e à DRU, em referência aos debates travados no governo FHC. O PSDB e o DEM (ex-PFL) recuperaram o argumento, usado pelo PT e outros partidos na primeira renovação da CPMF, de que a contribuição criada no governo FHC era para ser temporária, e que a sua continuidade significava que o governo "continuaria metendo a mão no bolso do trabalhador brasileiro e de quem produz neste País" (Dep. Germano Bonow, DEM; DCD, 11 de outubro de 2007, p. 53669), além de não investir na saúde pública. Aliás, a saúde tornou-se o centro de muitos dos discursos, tanto da oposição que queria atingir o governo, quanto da situação que acentuava a importância da CPMF para a garantia das políticas sociais do governo Lula, especialmente a Saúde, o Bolsa-Família e a Previdência Social.

Em outro polo, houve quem também assumisse claramente o seu alinhamento com o Estado Mínimo, especialmente parlamentares da oposição, ao dizerem que o país tinha uma enorme carga tributária e que era uma irresponsabilidade do governo Lula ampliar os gastos públicos do Brasil. A oposição mais à esquerda, representada pelo PSOL, tratava de denunciar as práticas relacionadas às ambiguidades do governo em relação à política de saúde, pois diziam que havia tido desvio dos recursos da CPMF para fortalecer o superávit primário e o pagamento da dívida pública. Em geral, diziam querer uma reforma tributária que modificasse a lógica de arrecadação, que os impostos incidissem

sobre o lucro e a riqueza, algo que a CPMF não preservava, pois, segundo eles, nela os custos eram repassados aos mais pobres – argumento este bastante controverso de longas datas (DCD, 11 de outubro de 2007).

Esse episódio, junto à questão da EC 29, também mostra desacordos entre Câmara e Senado. Em outubro de 2007, a base aliada da Câmara conseguiu aprovar a proposta do Governo (PEC 50). A partir de então, o governo conseguiu adiar por várias sessões a votação da proposta no Senado, pois ainda eram incertos os 49 votos necessários para a sua vitória. Sem mais ter como segurar a tensão política, a sessão foi iniciada no dia 12 de dezembro "para ganhar ou perder", segundo as palavras do presidente[192]. Às vésperas da votação, somente, o governo cedeu às reivindicações da oposição que, por blefe ou não, vinculou a aprovação da CPMF à garantia de sua vinculação à saúde. Isso se sucedeu por uma carta, enviada pelo presidente Lula, na qual ele ratificava o compromisso de José Múcio (Relações Institucionais) e de Guido Mantega (Fazenda) em direcionar o total dos recursos oriundos da CPMF para a área da saúde, a partir de 2008, de forma progressiva até 2010, à exceção dos recursos abrangidos pela DRU.

Os líderes do DEM e do PSDB, respectivamente José Agripino e Arthur Virgílio, não aceitaram a sugestão de adiar a sessão, que entrou pela madrugada do dia 13 de dezembro. Apenas 34 votos foram favoráveis à Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), inclusive por dois votos de parlamentares do PMDB. Depois disso, a alternativa que restou ao governo foi assumir compromissos relacionados à aprovação somente da DRU, dentre os quais a retomada da discussão sobre a reforma tributária[193], o avanço na regulamentação da EC 29 e até a autorização de empréstimos para prefeituras e estados do DEM e PSDB.

Assim, apesar do aumento do gasto federal com saúde associado à política econômica da época, novamente o governo Lula demonstrou a sua resistência em vincular recursos para a saúde em longo prazo:

---

[192] Jornal Estadão, 13 de dezembro de 2007. http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,senado-derruba-cpmf-e-lula-perde-r-40-bilhoes,95142.

[193] Passada a ressaca da rejeição da CPMF, em fevereiro de 2008, conforme prometido, entra em pauta na Câmara dos Deputados a reforma tributária – PEC 233/08. Essa proposta tinha os objetivos de simplificação do sistema tributário estadual e federal com a eliminação dos tributos do tipo cumulativo e a desoneração progressiva da folha de pagamento de sua atual tributação. Mas, essa proposta foi abortada em 2009, em função das resistências internas no parlamento, muitos deles incentivados por candidatos presidenciáveis do PSDB – José Serra e Aécio Neves.

> (...) o governo Lula demorou muito a assumir esse compromisso e quando assumiu, perdeu. Assumiu aos 48 minutos do segundo tempo, através de uma carta do Lula, mas isso era oito horas da noite de um processo que já tava... já tinha começado... então, nós perdemos uma grande oportunidade de ter mais recursos pra área da saúde e na renovação do processo da CPMF. Porque o primeiro processo da CPMF, desde o governo Fernando Henrique, foi claramente substitutivo. A CPFM entrava por uma porta e o dinheiro do orçamento saía pela outra. Era claramente uma substituição de fontes que foi o primeiro momento da onde foi o momento de vigência da CPMF. Então, na verdade era todo o governo Lula e nós continuamos com o mesmo lastro. Vamos chamar legal, da emenda constitucional 29, o governo Lula cumpriu a emenda durante todo o período e como foi um momento de expansão, de arrecadação, expansão de orçamento, nós tivemos uma expansão de gasto importante da União, não proporcional, volto a dizer, mas de forma absoluta que possibilitou um conjunto de inciativas, né. (Entrevista 7).

> (...) Em minha opinião, se tivesse feito essa proposta um mês antes, trabalhando a opinião pública, talvez a gente tivesse conseguido essa conquista, mas havia muita resistência dentro do governo, na área econômica, né. Principalmente o Ministério da Fazenda (Entrevista 18).

O fim da CPMF em 2007 não gerou uma crise no financiamento, assim como ocorreu em 1993, por ocasião do afastamento dos recursos previdenciários do financiamento do setor, sendo recomposto por outras fontes para cumprimento da EC 29 (PIOLA et al., 2013). Porém, é importante notar algumas nuances políticas associadas ao interesse do governo em renovar essa contribuição com repercussão no setor saúde. A PLC 01/2003 foi aprovada pela Câmara dos Deputados, justamente no mês em que a PEC 50/2007 (CPMF e DRU) foi também autorizada, e isso não foi uma coincidência. Quando aprovada a proposta de regulamentação da EC 29, conseguiu-se a tão debatida definição do que seria o gasto com ASPS, de modo a impossibilitar o uso dos recursos da saúde para o pagamento de servidores inativos, serviços de clientela fechada, programas de alimentação e de saneamento (exceto alguns casos específicos), bem como se estabeleceram alguns mecanismos de fiscalização e transparência das contas públicas da saúde, inclusive fortalecendo os Conselhos de Saúde e dispondo que a infração à Lei configurar-se-ia um ato de improbidade administrativa, sujeito a punição para o gestor.

A versão aprovada não vinculou a despesa mínima federal, como constava no projeto desde agosto de 2004 (substitutivo aprovado pela CSSF). Pelo contrário, aprovou-se a contraproposta do governo, que mantinha o cálculo pela

variação nominal do PIB e apenas acrescenta uma parte adicional da CPMF, em caráter excepcional durante os próximos quatro anos, sem garantia de incorporação ao orçamento a partir de 2012. Na avaliação oferecida pelo CNS, citando o estudo de Gilson Carvalho, um sanitarista que se tornou referência na matéria do financiamento, em termos dos valores previstos para a União, a versão aprovada significaria uma diferença de R$ 81 bilhões a menos ao longo de quatro anos em relação aos 10%. Portanto, dois aspectos se registram: 1) a CPMF tornou-se objeto de barganha para a aprovação da EC 29, pois, de acordo com Mendes e Marques (2009), o governo pensava que a imbricação entre a continuidade da CPMF e o financiamento da Saúde asseguraria a prorrogação da primeira; 2) quando posta em votação, o governo não abriu mão de uma base de cálculo para a União não percentual, como defendia para estados e municípios.

No sucedido, como a CPMF não foi autorizada pelo Senado, o PLC 89/2007 (Renumeração do PLC 01/2003 no Senado) empacou no Senado Federal, e o Ministério da Saúde não ganhou o acréscimo escalonado previsto por meio da participação da CPMF no financiamento do SUS, que representava cerca de R$ 24 bilhões em 2011, exatamente os valores extras previstos para o PAC Saúde. Ou seja, o tão alardeado PAC Saúde tornou-se um plano sem recursos novos, limitado aos recursos já previstos para o Fundo Nacional de Saúde. Nas palavras do próprio Ministro José Gomes Temporão:

> A conta que fizemos à época indicava um custo adicional de R$ 24 bilhões ao que o Ministério já gastava. Esse plano entrou na negociação da CPMF e aí tivemos uma grande derrota... Foi uma derrota importante, porque ao perder a CPMF, perdemos esses recursos adicionais. Claro, que continuamos avançando com o Plano, mas limitados ao orçamento formal do Ministério (IBANÊZ E VIANA, 2010, p.157).

Assim, a regulamentação da EC 29 retorna à estaca zero, agora com a esperança de que a proposta do Senador Tião Viana (PT), PLS 121/07, fosse aprovada. Originalmente, essa proposta atendia ao interesse do CONASS, CONASEMS, CNS, CEBES, ABRASCO, dentre outras entidades que se alinhavam em querer mais recursos para o SUS, pois obrigava a União a investir o equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas com saúde, com a tolerância de quatro anos para atingir esse percentual. O problema é que tal projeto precisou ser remetido à Câmara dos Deputados, a qual desfrutava do poder de alterá-lo na

íntegra. Abertas novas rodadas de discussão, o projeto original de Tião Viana, que na Câmara passou a ser chamado de PLP 306/2008, tornou-se objeto de elevados conflitos e de muitas modificações, além da conhecida procrastinação em tornar pauta do plenário.

Em 2008, o projeto substitutivo do deputado Pepe Vargas (PT), relator do PLP 306/2008, inovou ao incluir a Contribuição Social para a Saúde (CSS), em moldes parecidos com a extinta CPMF, mas com tal destino para o setor saúde de tudo aquilo arrecadado com uma alíquota de 0,1% sobre as movimentações financeiras. O movimento dos partidos de oposição — PSDB, DEM e PPS — era tanto o de retirar a Emenda 29 da pauta, emplacar a base de cálculo de 10% destinados à saúde, inclusive apresentando um destaque em separado pelo DEM e obstruir a votação da CSS. Com apenas dois votos a mais do que o necessário, o substitutivo foi aprovado pela Câmara, agradando o governo pela aceitação da CSS, ao mesmo tempo em que o contrariava, pois mantinha o princípio da percentualidade para os três entes governamentais.

Para justificar a resistência à vinculação de 10% dos recursos próprios para a saúde, o núcleo de poder do governo (Planejamento, Fazenda e Casa Civil) interpelava o Ministério da Saúde sobre os motivos pelos quais a saúde queria mais dinheiro:

> [...] “vocês querem esse dinheiro a mais para quê?” E há todo um senso comum, muito sutil, de que já se tem dinheiro demais. Aquela velha discussão. Então, qual é a idéia? A idéia e aqui eu passo ao segundo tema, a idéia é apresentar ao Presidente essa questão, para que haja uma decisão da posição do governo; quem vai tomar a decisão é o Presidente, portanto, vamos levar para ele, se houver consenso levaremos uma proposta de consenso, se não houver, levava-se o dissenso para que o Presidente decida (Ministro Temporão, Ata 175 do CNS, julho de 2007).

Enquanto o Ministério da Saúde não conseguia convencer a área econômica sobre a importância de mais recursos para o setor, nem o Presidente, a coalizão em defesa do SUS ainda persistia em fazer mobilizações em defesa do financiamento e do SUS, cada vez mais fragilizado em sua capacidade de garantir acesso à assistência. Para exemplificar, entidades da saúde presentes à reunião realizada pela Frente Parlamentar de Saúde, no dia 12 de novembro de 2008, elaboraram a Carta da Saúde ao Presidente da República, ao Congresso Nacional e ao povo brasileiro. Nesse documento pedia-se a suplementação do orçamento do

Ministério da Saúde para 2008, de pelo menos R$ 2,6 bilhões, para garantir as despesas comprometidas com ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (R$ 1,850 bilhões), aquisição de medicamentos de dispensação excepcional (R$ 342 milhões), e implantação de novas políticas (R$ 482 milhões), como os programas de saúde do homem, internação domiciliar, unidade de pronto atendimento, saúde na escola, farmácia popular e SAMU[194]. Solicitava-se, ainda, a votação da regulamentação da EC 29 ainda naquele ano e demonstrava-se preocupação com a crise mundial, quando se disse

> [...] é preciso incluir a área da saúde no rol das medidas a serem adotadas pelo Governo Federal, no sentido de garantir a estabilidade financeira das instituições que atendem ao SUS, tendo em vista, também, o fato da tabela de procedimentos do Ministério da Saúde estar abaixo do custo real (Carta ao Presidente da República[195]).

Para 2009, aumentaram as preocupações acerca do orçamento da saúde, em razão da crise econômica internacional deflagrada nos EUA, em 2008[196]. Embora se visse a maior importância do Brasil no contexto econômico e político mundial, o que equivalia a um cenário do setor financeiro mais resistente à crise, circulou nas arenas da saúde um diagnóstico preocupante. Sabia-se do risco de aumento do deficit orçamentário e da dívida pública nos três níveis de governo diante da possibilidade de queda de arrecadação, especialmente, do IR, da CSLL, do IPI, da COFIN, do PIS, do ICMS e do ISS, no contexto da rigidez orçamentária e

194 Também em defesa do SUS, a Agenda Política do Conselho Nacional de Saúde de 2009 compõe uma campanha, chamada Caravana do SUS, que consistiu em uma série de eventos em todos os Estados da nação para debater alguns problemas do SUS e lançar a Campanha do SUS como Patrimônio Social, Cultural, Imaterial da Humanidade, além da Campanha em favor da Regulamentação da Emenda Constitucional nº29, que está recebendo contribuições e apoio por meio de assinaturas eletrônicas na internet.

195 Carta assinada por diversas entidades: Conselho Nacional de Saúde Associação Médica Brasileira Conselho Federal de Medicina Conselho Nacional de Secretários de Saúde Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino Federação Nacional dos Médicos Confederação Nacional de Saúde Conselho Federal de Odontologia Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde Comsaúde – Fiesp Centro Brasileiro de Estudos da Saúde Associação Brasileira dos Fabricantes de Produtos Médicos e Odontológicos Sindicato dos Laboratórios de Minas Gerais Frente Parlamentar da Saúde. http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8073&catid=3:portal

196 Já definida a extinção da CPMF, a LOA/2008 autorizou R$ 48,5 bilhões para o gasto federal com saúde – o que, mesmo incluindo programas polêmicos (como o de Serviços Urbanos de Água e Esgoto), contrariava as expectativas do CONASS, CONASEMS, CNS e dos técnicos em orçamento e planejamento do Ministério da Saúde, que estipulavam um mínimo de R$ 58 bilhões, dos quais R$ 4 bilhões seriam do Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (o PAC-Saúde), num contexto de pressão por reajuste na tabela de procedimentos e de aumento dos limites financeiros das unidades federais.

dos incentivos fiscais anti-crise. O entendimento era de que, se reduzisse o ritmo de crescimento econômico, como de fato ele veio a despencar em 2009, o impacto negativo se daria na arrecadação de tributos como IR, IPI, ICMS (que uma parte é transferida para os municípios) e ISS (receita própria municipal), bem como sobre o nível de ocupação e de criação de postos de trabalho (com impacto sobre os gastos – principalmente sociais – para manter a qualidade de vida nas cidades). Por outra via, alertou-se que a redução do nível de emprego poderia implicar no aumento da procura pelos serviços públicos municipais (Ata 193 do CNS, janeiro de 2009).

De imediato, a crise mundial não afetou seriamente o setor saúde. Em 2009 e em 2010, não houve redução de verba prevista na LOA, mas sim aumento, com a autorização, respectivamente, de 54,7 bilhões e R$ 61,6 bilhões. Isso, contudo, não significou a ausência de tensões com a área econômica, como nos anos anteriores. A avaliação, tanto do Ministério da Saúde quanto do CNS, era de que a lógica do tríplice contingenciamento (orçamentário, financeiro e dos restos a pagar) prevalecia há anos, o que criava a imagem de que um montante de recursos estava sendo aplicados em saúde, mas que na prática sempre era menor do que o autorizado pelo Congresso[197], além de continuar a incluir despesas que, segundo a Resolução 322/2003, não deveriam ser computadas como gasto em ASPS. Enfim, enquanto o percentual de participação dos municípios e dos estados crescia velozmente[198], o valor federal aplicado para a saúde sempre era apenas um pouco acima do mínimo obrigatório, reforçando a tese de que “o piso virou teto”.

6.6 Sem mudança de rumo, a agenda da ‘universalização’ do consumo

Como já dito, perante o caos que o setor se encontrava na década de 1990 (sem informações, sem controle dos reajustes, sem garantias financeiras etc.),

[197] Por exemplo, em agosto de 2008, a secretária-executiva do Ministério da Saúde, Márcia Bassit, expôs sua preocupação em relação aos cortes orçamentários em ações e serviços de saúde para 2009 e, apesar das tentativas de recomposição, não havia garantia de asseguro montante de R$ 2,1 bilhões para compensar o aumento de tetos a estados e municípios e reajuste de procedimentos da tabela do SUS, além de outras ações. Em plena pandemia de Influenza A (H1N1), havia um deficit de R$ 1,8 bilhão voltado a ações fundamentais como Programa de Sangue, SAMU e imunobiológicos, que seria parcialmente compensado com a suspensão de R$ 720 milhões em gastos com manutenção, apoio administrativo, eventos, etc.

[198] Somente em 2007, o SIOPS afirmou que mais de 80% dos 3.400 dos municípios que transmitiram a informação ao SIOPS estava aplicando o mínimo em saúde. Segundo relato do técnico do SIOPS, dos 26 estados que enviaram os dados ao SIOPS anual de 2006, vinte declaram aplicar o mínimo de 12% em gastos com ações e serviços públicos de saúde.

a Agência Nacional de Saúde Suplementar optou, em seus primeiros anos, por estabelecer normas fortemente relacionadas à regulação econômico-financeira, como a exigência de garantias financeiras das operadoras e de sua capacidade de honrar compromissos junto aos clientes e prestadores; o acompanhamento econômico-financeiro das operadoras; a definição, segmentação e classificação das operadoras; e o controle da variação de preços e da política de reajuste. Assim, muito do que foi feito nos anos posteriores à Lei 9656/1998 foi na direção do que alguns chamam de saneamento do mercado.

Iniciado o governo Lula, as preocupações e ações acerca da regulação do mercado permanecem, mas se tornou proeminente a ideia de regulação assistencial (ou microrregulação). Ou seja, nos anos 2000, a atuação da ANS mostrou-se bastante preocupada com os mecanismos de regulação do consumo das ações em saúde. Nessa direção, estabeleceram-se novas normas e fiscalização a respeito do rol mínimo de coberturas, da segmentação permitida, da caracterização da doença ou lesão preexistente com o estabelecimento da cobertura parcial temporária, da obrigatoriedade do oferecimento do plano-referência etc. (BRAIND, 2017; SANTOS, 2006).

Uma maior atenção aos aspectos assistenciais da regulação parece estar correlacionada ao perfil da nova diretoria da ANS. Dos cinco diretores indicados pelo governo petista, três eram do seu próprio quadro e apenas um do PTB, partido da base aliada. Com conexões com Fernando Pimentel e Patrus Ananias, ambos do PT mineiro, o indicado para diretor-presidente da Agência foi Fausto dos Santos, também do quadro petista e com trajetória no movimento sanitarista e na gestão do SUS. O próprio Fausto indicou Gilson Caleman para a Diretoria de Gestão (DIGES), outro sanitarista com reconhecimento entre os seus pares e também vinculado ao PT. Para atender ao PT do Rio de Janeiro, particularmente à demanda de Benedita da Silva, então ministra e ex-governadora do Rio de Janeiro, e o Deputado Federal Luiz Sérgio, o médico José Leôncio Feitosa foi nomeado diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES). O único nomeado para atender um pedido da coalizão foi Alfredo Cardoso, vinculado a uma das empresas médicas que mais cresceu em importância econômica e influência política nas últimas décadas, a Amil. Somente Maria Stella Gregori, diretora de Fiscalização (DIFIS), foi remanejada do período FHC para o governo Lula por meio de acordo na transição entre os dois governos.

Após a análise da rede de influência conectada a esses atores, Baird (2017) defende que, de 2004 a 2006, os grupos sanitaristas ligados ao PT ganharam força na ANS no governo Lula, de modo a estabelecer um intenso conflito com o empresariado, especialmente no que diz respeito à regulação assistencial. Apesar da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), sob o comando de Cardoso, representar o interesse em uma regulação do mercado em si, numa clara orientação pró-grande empresas, isso não foi o pensamento predominante dentro da ANS na década de 2000. Pelo contrário, o que predominou foi a transposição de um pensamento sanitarista para dentro da agência, que parece ter influenciado sobremodo uma burocracia em consolidação, após a realização de dois grandes concursos públicos, um realizado em 2005 e outro em 2007. Mesmo quando dois diretores foram alterados, em 2007, esse padrão de conflito sanitarista *versus* empresariado não se alterou[199].

O esforço para estabelecer uma forte regulação assistencial é marcado pela institucionalização do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, o qual criou o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que busca tanto mensurar o desempenho dos planos de saúde no que diz respeito à atenção à saúde daqueles que lhes contratam, ao desempenho econômico-financeiro, aos meios e estruturas necessários à prestação de serviços e à satisfação dos beneficiários. Ou seja, a Agência procurou assumir um papel de indutor de modelo de atenção integral à saúde, estimulando ações de promoção e prevenção, sem menosprezar o aperfeiçoamento dos dados econômico-financeiros (ANS, 2010). Esse programa foi criado para sedimentar alguns preceitos de defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público, o que se mostra permanentemente ameaçado pelas operadoras que ocupam posição de liderança, visto estarem fundadas num raciocínio de rentabilidade que pressiona preços, intensifica barreiras à entrada e atua para a ampliação de subsídios fiscais (OCKÉ-REIS, 2012).

[199] A Agência continuou sob o comando de Fausto Santos. As outras duas reconduções foram a de Alfredo Cardoso, ligado à Amil, desta vez por intermédio do Senador Renan Calheiros (PMDB) e de Leôncio Feitosa (PT/RJ). O Ministro Temporão conseguiu indicar outro sanitarista Hésio Cordeiro (ligado ao PDT) para substituir Gilson Caleman. A outra nova nomeação foi a de Eduardo Sales, procurador federal vinculado ao PT do Rio de Janeiro e, particularmente, ao deputado federal Luiz Sérgio (PT-RJ).

Acontece que este tema foi fonte de muitos conflitos. Quando o IDSS começou a ser implantado e outras várias normas começaram a ser editadas no sentido de criar e ampliar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde[200], o qual foi pensado, ainda no período da primeira diretoria da ANS, e fixado na Lei 9961/2000 como uma das atribuições da Agência para atender ao objetivo de produzir uma referência básica para os fins do disposto na Lei 9656/1998, ampliaram-se os desacordos entre os atores governamentais e representantes de operadoras de planos e seguros de saúde. Se, por um lado, a ampliação do Rol é positiva porque aumenta o número de procedimentos a que o consumidor tem direito, pelo ângulo de atores representantes das operadoras, isso se constitui como uma forte regulação em aspectos assistenciais que acaba por "engessar as empresas".

O entendimento predominante entre os representantes da Saúde Suplementar é de que, a partir do governo do PT, a Agência começou a forçar as empresas a garantirem um grande leque de procedimentos aos consumidores, como se universal a saúde suplementar fosse, o que "desvirtuou completamente a ideia original que era de solvência (...) E passou então a que? A controlar não só a solvência, como a assistência médica" (Entrevista 20). Como sequência dessa crítica, é dito que as empresas tendem a repassar os custos elevados na absorção de novos procedimentos e tecnologias aos consumidores, os quais chegarão a não ter mais condições de consumir um plano ou seguro de saúde. Ou seja, acusa-se a ANS de ter assumido um viés consumerista ou universal, e não um viés securitário que cuida da viabilidade do negócio.

Ainda para demonstrar as dificuldades da Agência no período do governo Lula em imprimir mudanças na regulação assistencial, face às pressões das operadoras, vale utilizar como exemplo a proposta de *mobilidade com portabilidade*. Por exemplo, por meio da Resolução Normativa 186, de 14 de janeiro de 2009, os diretores da ANS pressionaram e conseguiram implantar a mobilidade com portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656 para os

200 O Rol de Procedimentos se constitui numa lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde, que exige tanto um esforço técnico de atualização periódica (bianual), quanto envolve conflitos de várias naturezas, já que profissionais de saúde e entidades de defesa de consumidores tendem a exigir a incorporação de novos benefícios, ao passo que as operadoras de planos de saúde procuram controlar a inclusão de novas tecnologias (medicamentos, exames etc.) com o objetivo de conter os custos.

planos individuais. Isso significou a possibilidade de um beneficiário mudar de operadora de plano de saúde, sem o cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária. Contudo, a Agência recuou em estabelecer a portabilidade na mobilidade dos planos coletivos, por adesão ou empresarial, em razão das pressões políticas das empresas. Isso, segundo um dos entrevistados, além de garantir maiores benefícios para os usuários seria um grande estímulo à competitividade: “vamos supor, é que nem “cê” faz lá com a telefonia... fazer para os planos coletivos seria o grande “tcham” do mercado. Então tem falhas, também, na questão da regulação” (Entrevista 2).

No entanto, as resistências do setor em incorporar ações de ampliação da eficiência e da qualidade assistencial, em geral acompanhadas da queixa de ausência de limites financeiros nos gastos para uma assistência integral, apresentam o seu contraditório mediante os próprios dilemas econômicos do setor, associados ao padrão hegemônico assistencial da saúde. Mesmo com o declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas, os sistemas de saúde enfrentam dificuldade de alterar o seu padrão de atenção fundado numa lógica fragmentada da atenção focada no pronto atendimento, ambulatorial e hospitalar, o que tende a requerer um maior adensamento tecnológico, por conseguinte, um maior custo, quase nunca acompanhado de melhor efetividade (MENDES, 2010).

Não à toa, em todo o mundo, a maioria das propostas de reforma de saúde na direção da universalização busca relativizar o peso e a inserção do segmento dos serviços especializados e hospitalares com reorganização da atenção primária à saúde, o que significa ir de encontro aos valores sociais, aos modos predominantes de organização do trabalho e à prática médica liberal hegemônica. Enquanto isso é uma preocupação central dos atores vinculados à proposta da reforma sanitária brasileira, inclusive para evitar o aumento dos custos do SUS, por vezes até cegando a importância de investimentos em serviços de médico-hospitalares, na Saúde Suplementar esse é um tema ainda tacanho.

Embora se saiba que o setor saúde, seja público ou privado, esteja entranhado numa matriz biomédica, em que a incorporação de insumos e equipamentos é tomada como mecanismo essencial para viabilizar os avanços clínicos no campo diagnóstico e terapêutico, o mercado de planos de saúde se

mostra amarrado em um padrão de competição que agrega valor à tecnologia médica como sinal de resolutividade, de modo, inclusive, a incentivar duas importantes falhas no mercado: o uso imoderado dos serviços pelos beneficiários (risco moral) e identificação acurada das necessidades dos consumidores, e não somente as suas demandas (seleção adversa) (OCKÉ-REIS, 2012). Disso deriva outra questão complexa que atinge também o SUS: a pressão do complexo médico industrial para a incorporação de novas tecnologias e elevação dos custos naquilo cujos lucros pretende ampliar.

Sobre essa última questão, como já foi visto, é fato que as operadoras de planos privados e seguros possuem uma situação mais confortável do que aquela vivenciada pelos gestores do SUS, que possuem recursos bem reduzidos para o seu gasto *per capita*, o que lhe diminui o poder de barganha em relação às operadoras, sem narrar o descontrole sobre o financiamento das campanhas eleitorais no Brasil, em que se suspeita uma nocividade ramificada e impregnada na administração pública brasileira, incluindo a máquina da saúde, conforme se especula cada vez mais como um dos temas mais sensíveis para a operacionalização das atuais democracias (REIS, 2008). Contudo, não é menor pensar que, embora também exerçam *lobbies,* as operadoras e seguradoras também querem se desvencilhar de algumas obrigações assistenciais não somente porque tendem a negar-se a ampliar a cobertura, pois é também possível que a pressão da indústria seja exercida no interior da ANS, já que todos os jogadores (*players*), de um modo formal ou não, tendem a influenciar decisões:

> E a pressão se faz não só diretamente como indiretamente via a própria mídia né… se a população começa a demandar é… há uma pressão… vamos dizer assim… até em cima do próprio governo. Deixa eu pegar um documento que eu vou te mostrar uma coisa [...] na consulta pública do rol de procedimentos entrou um produto, um medicamento “Crizotinib”, [...]ele tem um custo perto de R$3,000 por pessoa. Mas a questão não é só o custo, a questão é a discussão. A discussão é que esse produto ele foi apresentado por várias participantes que estavam lá de que ele traz enormes efeitos colaterais e inclusive fatais. É… a decisão da agência… tá aqui ó “o demandante ponderou que o medicamento só entraria no país se fosse incorporado ao rol. Para contrapor as operadoras argumentaram que deveriam orientar seus beneficiários a procurar a agência para registrar reclamação caso tenha problemas adversos com a utilização do medicamento”. Quer dizer, é quase que uma experiência né? É o fabricante empurrando… porque ali se o rol aceitasse ele tinha como importar o medicamento (Entrevista 20).

Tal questão levanta equivalências entre o fenômeno da judicialização no SUS e na saúde suplementar. Ao se buscar compreender esse fenômeno no SUS, por exemplo, o argumento de Menicucci e Machado (2010) é o de que, para garantir o acesso aos bens por meio de fatos individuais, o Judiciário interfere na tomada de decisões públicas tomadas pelos gerentes do setor público, regulando, assim, as oportunidades de consumo de acordo com uma lógica concentrada, em que uma das consequências é interferência na capacidade do Executivo de fazer escolhas para a maioria, por meio da definição das políticas públicas, com uma relação que gera impacto financeiro e orçamentário. Porém, o ativismo judicial tende a ser visto como positivo por outros autores sanitaristas no caso da saúde suplementar.

Sem meandros, comumente é dito que a possibilidade de pluralização institucional pode ser o fator que produz uma ação sinérgica entre os agentes envolvidos, capaz de traduzir-se em benefício coletivo. Ou seja, apesar do perigo de rotas de coalizão, que retira a centralidade da ação da ANS, como responsável estatal pela regulação, as decisões na arena judicial são entendidas como uma das perspectivas potencialmente inovadoras em termos de ampliação do espaço público, de ação para a cidadania. O que aqui se aponta é que, embora o ativismo do Poder Judiciário e do Ministério Público seja explicado como uma recepção às "demandas sociais individualizadas e coletivas referentes aos problemas de malversação de recursos, descumprimento da legislação para contratação de pessoal pelas instituições de saúde e barreiras de acesso/negação" (BAHIA, 2009), ainda assim não é possível descartar a hipótese de que haja similaridades entre o ativismo judicial nas questões do sistema público e nos processos que envolvem a assistência privada. Ou seja, o fato de as empresas de planos tenderem a negar procedimentos em função do objetivo de maximização dos lucros, não justifica tratar a transferência de decisões da saúde para o judiciário por critérios totalmente distintos: no caso do SUS, é um problema; no caso da saúde suplementar, é uma solução. Em que pesem as particularidades, ambos os casos parecem ter no seu plano de fundo um problema sério de transferência de responsabilidade entre os poderes, além de pressões culturais e sociais relacionadas ao complexo médico industrial da saúde.

Sobre o ressarcimento ao SUS, regra a que as operadoras desde o início se insurgiram, constatou-se que, embora tenha sido um tema trabalhado com afinco

pela agência no período do governo Lula, poucos foram os resultados. Nesse aspecto da Lei 9656/1998, viram-se dois pontos de vista: pelo lado dos sanitaristas do PT, inseridos na ANS na década de 2000, o ressarcimento ao SUS é percebido como uma proposta justa, pois, se as operadoras vendem um plano de saúde com a promessa de que entregarão um conjunto de produtos, caso elas não o façam e o setor público arque com as despesas por algo precificado por elas, é certo que elas restituam a quem o fez. Pelo ângulo de quem comercializa planos de saúde, interessados em maximizar os seus lucros, como dito outrora, o argumento retoma as premissas constitucionais de universalização da saúde. Tanto de um lado quanto do outro, porém, inclina-se para concordar que, apesar de ter melhorado ao longo do tempo, o ressarcimento tornou-se um processo extremamente complexo, de operação bastante difícil, que implica em análises caso a caso, com ampla defesa das empresas, inclusive na justiça. Em termos de resultado, os procedimentos para garantir o ressarcimento, segundo um ex-diretor da agência, "tornam-se mais caros do que o dinheiro que eu vou pegar, entendeu (...) eu não diria que foi por uma omissão [da Agência], mas foi por uma dificuldade operacional que a lei criou e lei criou por pressão [contra o ressarcimento]" (Entrevista 7). Na mesma direção, um ator do mercado diz: "o governo gasta mais pra arrecadar do que ele efetivamente arrecada" (Entrevista 17).

Ainda sobre essa questão, acredita-se que, inclusive em função da própria emissão de normas e fiscalização da ANS, o uso da rede assistencial do SUS pelos beneficiários de planos de saúde cria barreiras para uma prática despudorada de transferência de serviços de alto custo para o SUS. Se tomados alguns dados, ver-se-á que, a cada 1.000 beneficiários, verificou-se a taxa de utilização do SUS de 5,71 internações, entre 2008 e 2013, cuja maioria dos internados eram beneficiários de medicina de grupo e cooperativas. Em destaque, a maioria das internações teve o caráter de urgência/emergência, sendo em torno de 70,0% a cada ano (ANS, 2017). Além de o SUS atender muitos dos casos de urgências e emergências, ele também parece atender a um grande número de casos de saúde mental. Nesses casos, é "mais fácil tramitar esse processo lento, moroso [do ressarcimento] e algum dia pagar (ou não) do que montar uma rede própria" (Entrevista 7). O fato é que o ressarcimento ao SUS, tema que basicamente condensou o olhar dos gestores do SUS quando se tratava das discussões sobre a

regulamentação do setor de planos de saúde, e talvez o único elo entre as duas instituições, nunca surtiu muitos efeitos na dinâmica do SUS.

Por fim, quer-se afirmar que o governo Lula imprimiu incentivos aos planos de saúde. Para exemplificar, afora a continuidade dos subsídios na dedução de imposto de renda, embora tenha havido cogitações dentro do próprio Ministério da Fazenda em corrigir supostas distorções causadas pela renúncia de arrecadação fiscal (OCKÉ-REIS, 2012), houve uma decisão importante na direção do fortalecimento do mercado de planos de saúde para atender às demandas assistenciais do funcionalismo público. A Lei 11.302 de 2006 e a Portaria Normativa nº 3, de 30 de julho de 2009, instituídas no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, definiram um benefício de natureza indenizatória, concedido pela União, como ressarcimento das despesas com o plano de saúde e coparticipação para todo o funcionalismo público. Os boatos da época eram de que a presidência e os sindicatos tinham negociado isso, em vez de aumentarem o financiamento para o SUS e melhorarem a assistência para o conjunto do funcionalismo. De qualquer forma, essa medida foi aprovada e, no governo Dilma, os servidores passaram a poder optar inclusive por planos de saúde "lucrativos" de mercado. Isto acabou com uma restrição, que boa parte dos sindicatos tinha, de somente operar com planos de autogestão, não lucrativos, como a GEAP:

> (...) ela enfraqueceu muito o movimento da autogestões e de certa forma fortalece o mercado. Que daí as administradoras de benefícios põem banquinha dentro do Ministério da Saúde e concorre com a Geap. Um funcionário público mais jovem, com R$110,00, o plano dele vai custar R$240,00... com R$110,00 ele consegue entrar pra Amil, um mais velho não, precisa ficar com a Geap. Então, a Geap, hoje, tem 53% das pessoas com mais de 60 anos. Sabe quanto que era um setor de suplementar com mais de 60 anos? 12% só. O setor todo, dos 48 milhões. 12% mais de 60 anos. Eu tenho 26% com mais de 60 anos, por isso que eu não vejo saída. Porque a gente não expulsa os idosos. O modelo privado expulsa os idosos, garante até 2 anos se o cara pagar sozinho porque ele acaba não aguentando pagar sozinho né... Então... e a gente não, as autogestões mantém os idosos no sistema e aí vai ficando impagável (Entrevista 6).

A partir dessa decisão, deseja-se expor alguns paradoxos, nem todos aprofundados nesta pesquisa, mas que sinalizam para os descompassos entre as ideias das reformas e a ação dos atores, cuja sequela é o fortalecimento da dualidade da política. O primeiro é que muitas das decisões governamentais que fortalecem a assistência médico-hospitalar privada no Brasil acontecem em

instituições distintas, que não são próprias do setor saúde, qualquer que seja o contexto político. Além de agendas diferentes, definidas no âmbito do SUS (Ministério da Saúde e demais arenas decisórias), e o que se estabelece nos vasos formais e informais da ANS, há outros pontos decisórios que estabelecem diálogos curtos com os atores do campo da saúde. Em destaque, dentro do próprio Executivo nacional, estabelecem-se decisões (isenções fiscais, fortalecimento da filantropia, alteração nas regras do funcionalismo público, mediação de acordos trabalhistas etc.) que diretaou indiretamente estimulam o setor de planos privados. O segundo lugar decisório é evidentemente o Legislativo, espaço permanente e privilegiado de ação estruturada ou informal de *lobbies* das entidades representantes dos interesses das modalidades de operadoras ou diretamente das empresas líderes do mercado. Alguns estudos mais recentes, por exemplo, apontam claramente para o aumento da organização de empresas líderes (Amil, Qualicorp, Bradesco Seguros etc.) para exercer influência tanto no Executivo quanto no legislativo, por meio de financiamento de campanhas eleitorais e estruturação de mecanismos de ingerência nas decisões que atravessam as normas da agência, a qual também vem passando por processos de captura pelas operadoras (GAMA, 2008; SCHEFFER E BAHIA, 2013; BAIRD, 2017). Conforme um ator com elevada relevância no mercado de planos confirmou, há uma *rotina* para estabelecer influência:

> (...) algumas pessoas que de maneira estruturada trabalham no Congresso. A Amil mesmo sempre teve uma pessoa que trabalha… fica lá em Brasília, vai e visita, eu já até fiz algumas visitas [...]. Há milhares de projetos de lei. Então, a Unimed tem um escritório parlamentar em Brasília. A Organização das Cooperativas Brasileiras tem um escritório parlamentar em Brasília. As pessoas… você chega lá "quero falar com o deputado… deputado não, secretário fulano de tal" te acompanha… isso é a regra, é a rotina dentro disso (Entrevista 17).

Correlato ao conjunto de decisões que afetam a política de saúde, o segundo paradoxo mostra a face espúria de se estabelecer uma política de saúde voltada para a universalização ao mesmo tempo em que o próprio Estado define normas direcionadas ao estímulo à Saúde Suplementar, inclusive para o próprio funcionalismo público das várias instituições que o compõem: "você tem hoje todos os deputados, todos os senadores, [...] todos os tribunais, toda a elite pública brasileira [...] usa dinheiro público pra contratar a saúde suplementar, por exemplo, a prefeitura de Belo Horizonte paga plano de saúde" (Entrevista 17). Tal problema se

torna ainda mais pungente quando se constata que a grande maioria de gestores, trabalhadores e intelectuais do SUS também utilizam a saúde suplementar para a sua própria assistência e a de seus familiares. Ou seja, em geral, mediante as várias fragilidades do SUS para garantir acesso assistencial, muitos daqueles que militam em sua defesa, na prática, utilizam a assistência privada promovida pela lógica securitária e residual. Em outras palavras, o SUS é defendido por pessoas que não o usam no que diz respeito ao que ele oferta como opção assistencial, nem mesmo no que diz respeito a um dos grandes produtos do SUS, a atenção primária à saúde:

> (...) não deixa de ser dramático, né e você vê que grande parte das lideranças da própria Fiocruz e das universidades em defesa do SUS, inclusive em defesa radical, na verdade esses militantes usam pra sua atenção planos e seguros e alguns deles subsidiados em parte pela sociedade brasileira através da renúncia fiscal do imposto de renda e outras coisas (Entrevista 18).

É preciso lembrar ainda que, inversamente ao que aconteceu na social democracia europeia, uma das fontes de inspiração da reforma sanitária brasileira, onde os Estados de bem-estar foram forjados por lutas que envolviam a classe trabalhadora, no Brasil, desde a origem do SUS, vive-se uma contradição cada vez mais insuperável. É fato que o movimento do operariado de vanguarda das grandes centrais sindicais, principalmente com base em São Paulo, que, do ponto de vista político, durante a Ditadura Militar apoiou a democratização da saúde, na prática, após a definição do SUS, luta por planos e seguros coletivos para si e para os seus familiares, de modo a reforçar traços corporativistas na aquisição da assistência à saúde.

Embora se verifique a importância deste tema, poucos são os sanitaristas ou estudiosos de políticas públicas que se debruçam sobre essa questão. Uma exceção é o trabalho de Santos (2014), que analisou a associação entre a mercantilização da saúde e o comportamento corporativo sindical. Nesse estudo, se apontou para ambiguidades no comportamento sindical, pois, apesar de incompatível com o comportamento corporativo que tende a assimilar a contratação de planos coletivos como uma “autêntica conquista trabalhista”, o sindicalismo também pautou a construção da saúde pública em seus documentos formais. Além disso, identificou-se uma forte correlação entre o processo de formalização do trabalho e a expansão da assistência privada, a qual permanece de forma rotineira nas cláusulas de negociação coletiva sindical.

Ao se flertar com a hipótese de que a ausência de prioridade do Governo em relação à saúde está enraizada na própria tradição predominante do partido e do presidente, o principal fato a ser notado é que somente poucas pessoas suspeitam de que inexistiu uma discussão, houve a ausência de Lula e do PT na discussão sobre o SUS, em função de suas raízes sindicalistas que não veem contradição em constituição de direitos a partir dos acordos trabalhistas, nem viam problema em "incluir pela via do consumo", com poucas alternativas para o fortalecimento da ideia da saúde como um direito de cidadania.

6.7 Síntese do Capítulo

A ascensão de um partido de esquerda nos anos 2000 foi um evento inusitado, seja porque o Partido dos Trabalhadores possuía uma trajetória distinta dos demais partidos do sistema político brasileiro, seja porque a experiência do governo Lula gerou muitas controvérsias e aponta para transformações no interior do próprio partido. O certo é que, mediante um enquadramento político-institucional democrático, após anos de experimentação da cartilha neoliberal, o governo Lula enfrentou desafios para justificar decisões num ambiente democrático e com características de governos de coalizões – entre o discurso e a prática possível.

Considerando as observações realizadas nesta pesquisa, a crescente moderação do discurso, a constituição de alianças que o direcionaram ao centro e mesmo as suas políticas que beneficiaram o capital não são suficientes para deixar de tratar o governo petista como uma importante variação na direção das políticas do país. É claro que, se o molde para definir a esquerda sul-americana ainda fosse o seu apreço pela propriedade pública dos meios de produção com forte combate à alocação de bens e serviços essenciais no mercado, de fato, o PT afastar-se-ia totalmente do campo da esquerda. No entanto, quando considerado o fenômeno de transformação das esquerdas a partir da crise do socialismo, simbolicamente demarcada pela queda do Muro de Berlim, constata-se que os partidos de esquerda contemporâneos estabeleceram diferentes percursos e formas de exercer o poder político, onde pode haver dissonância com as suas bases ideológicas. Enfim, tomada a delimitação conceitual mais atual, que define os partidos de esquerda do eixo sul-latino como aqueles que mantêm o compromisso com a redução das

desigualdades sociais e dispõem-se a encontrar alternativas à política econômica vigente, sem contrapor-se ao modelo capitalista (LEVITSKY E ROBERTS, 2011), por certo, o governo Lula é impreterivelmente uma das experiências de esquerda que merecem comparação para pesquisas transnacionais e atentas aos impactos em políticas específicas.

No caso da política de saúde, percebem-se mais continuidades do que inovações. Se tomado o financiamento como *proxy* da adesão do governo Lula à proposta de política de saúde de cunho universal, vê-se que houve baixa adesão. Isso é reforçado por três evidências: o governo explorou as ambiguidades da EC 29 para não se comprometer com maiores recursos para a saúde; o poder de agenda do Executivo no parlamento não foi usado para a definição de uma lei complementar para essa emenda, o que inclui não atender à pressão por uma nova regra que aumentasse os recursos da União; o governo evitou vincular a CPMF à saúde na ocasião em que a própria oposição condicionou o voto à vinculação com o setor.

Se tomado o papel dos ministros da saúde na definição e no empreendimento de mudanças, vê-se que os mesmos se mostraram acomodados na definição de agendas que alargavam o caminho do SUS, mas sem alterar a sua rota, o que talvez tivesse sido necessário para ampliar o apoio político. Se tomadas as alternativas dispostas no período em que ganharam a atenção dos formuladores e apoiadores do SUS, vê-se a anuência desses ministros. Contudo, nenhum deles demonstrou determinação ou força para travar uma polêmica com os demais atores governamentais sobre o financiamento do SUS. Nem mesmo Humberto Costa, integrante do campo majoritário do PT, que se poderia supor ter uma maior penetração na dinâmica do poder, demonstrou ser capaz de inserir a saúde no campo das prioridades do governo. Taticamente, o seu capital político foi focalizado em três ações que, de fato, são repetidamente lembradas quando se pergunta sobre a saúde no governo Lula: SAMU, Farmácia Popular e Brasil Sorridente.

Sobre o fato de o Ministério da Saúde ter entrado nos acordos políticos, atendendo à lógica do presidencialismo de coalizão, pode-se concluir que isso não foi decisivo para os resultados. Evidente que o aumento da atenção para a distribuição de cargos, a inclusão de emendas parlamentares no orçamento, demandas para atender interesses particulares etc. com um peculiar partido *office-seeking e* o PMDB alteraram a dinâmica de trabalho setorial e exigiram constante

manejo político dos atores. Contudo, nos anos estudados, os cargos estratégicos do Ministério da Saúde mantiveram-se nas mãos de sanitaristas – muitos com longa trajetória na defesa de mudanças nas políticas de saúde. Basicamente, apenas Saraiva Felipe foi um ministro definido em função das implicações que poderia trazer ao governo em termos de votos parlamentares, mas ele também representava o pensamento sanitário brasileiro. Ainda que com essas características adidas a um grupo de dirigentes com bases no movimento sanitário e, provavelmente, uma burocracia também estruturada nesse mesmo marco cultural, o que predominou foi o prosseguimento de uma política gradual de mudança, que tanto mostra a fixação em um caminho a ser perseguido, quanto a inércia dos atores em procurar novas soluções.

Face aos constrangimentos impostos pelos ministérios com maior poder na distribuição dos recursos (Fazenda, Planejamento e Orçamento, Casa Civil), o que talvez tenha tornado a situação da política de saúde mais confortável no período do governo Lula, em relação aos governos da década de 1990, tenha sido a carona no crescimento econômico. Os gestores do SUS puderam contar com o aumento do gasto social em todo o período, muito dele parece que usado para aumentar os valores pagos à rede prestadora privada, bem como um elevado apoio social, especialmente após o ano de 2006, quando de fato o país começou a crescer e outras políticas sociais começaram a reverberar na sociedade. Ou seja, como se espera de governos de esquerda, o gasto social com saúde aumentou, mas isso ocorreu sem alterações estruturantes. No caso, sem alterar percentual do PIB com saúde, nem a reversão do aumento progressivo da participação percentual dos estados e municípios, hoje numa escala que ultrapassa em média percentual de recursos próprios, os valores definidos na EC 29, regulamentada pela Lei 141/12, enquanto a União diminuiu significativamente a sua parcela, inclusive com perda de sua capacidade de indução da política. Ou seja, o governo Lula manteve a trilha definida no governo FHC, após a definição da EC 29, de descentralização não somente de responsabilidades assistenciais, mas também voltada para aumentar o compromisso dos recursos das unidades subnacionais com o SUS, ainda sob os constrangimentos impostos aos municípios pela vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Por outra via, os dirigentes da ANS parece não terem tido grandes constrangimentos em relação ao estabelecimento de prioridades regulatórias, inclusive em aspectos que revelaram descontentamentodas operadoras – a assistência – que reclamaram que o PT quis transpor uma agenda do SUS para o mercado, como se universal este último fosse. Apesar desse empenho dos dirigentes da ANS, muitos deles oriundos do PT, nenhuma estratégia diferenciada foi adotada para alterar a rota dual da política de saúde, nem mesmo a de estruturar regras que aumentassem o comprometimento da União com o SUS, afora o estabelecimento de regras indutoras da oferta e demanda do mercado suplementar. Essa inércia não pode ser imputada apenas aos que estiveram na ANS no período. Ao ter se observado todas as pautas da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, confirma-se um notório desinteresse sobre os processos de regulação da saúde suplementar.

Assim, já conferido o vigor da saúde suplementar em ser uma das principais rachaduras da proposta universalizadora do SUS, pouco se fez para repensar o modelo de intervenção estatal desenhado nos governos peessedebistas. Pelo contrário, ainda que se perceba o importante esforço de uma nova diretoria da ANS imprimir controle nas práticas mercadológicas e assistenciais das operadoras de planos e seguros de saúde, essa agenda se fez à parte da agenda intergovernamental do SUS. Tal separação de agenda foi nítida desde o período eleitoral, quando se percebeu a ausência de qualquer menção à mercadorização da saúde, como se fazia na década de 1990, ou qualquer alusão ao significado da saúde suplementar dentro de um discurso de fortalecimento das premissas constitucionais do SUS. Porém, como já dito, a ação governamental continuou a intervir na dinâmica das operadoras de planos de saúde em moldes definidos no tempo do Ministro Serra.

Portanto, entende-se que quaisquer que sejam as inovações promovidas pelo governo Lula, elas apenas podem ser entendidas em seus limites institucionais subjacentes, e vice-versa. No caso específico da política de saúde, o inevitável é refletir sobre os constrangimentos impostos pelas regras do jogo político ao governo petista, mas também em relação ao legado da própria política de saúde, sob o enquadramento para as ações e estratégias dos atores governamentais ligados à política pública de saúde face aos interesses de atores do mercado e da sociedade.

Resumindo, o governo Lula herdou grandes decisões tomadas no governo FHC que se tornaram de difícil reversão, seja porque remetem a grandes conflitos políticos, seja porque faltaram soluções alternativas capazes de furar a agenda de continuidade com aperfeiçoamentos, definida pelos agentes governamentais. De fato, há efeitos do mecanismo de feedback positivo não somente de decisões remotas na política, mas de decisões tomadas ainda no limiar dos anos 2000. Apesar dos constrangimentos da política econômica, o Ministério da Saúde teve autonomia para criar uma agenda setorial voltada para o desenvolvimento institucional do SUS, com base nos princípios da reforma sanitária, desde que limitado num enquadramento orçamentário. Nessas escolhas, a saúde suplementar também começou a ter um crescimento diferencial, numa perspectiva de mudança gradual por camadas, ainda desintegrada da agenda do SUS. Em geral, as opções dos atores governamentais não aguçou o conflito acerca de questões estruturantes, seja em relação ao padrão de prestação de serviços, ainda muito dependente da rede privada, seja se esquivando do problema do financiamento do SUS e da regulação da saúde suplementar. Enfim, as escolhas também foram por manter uma rota bifurcada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa conjuntura crítica marcada pela redemocratização e pela crise previdenciária, abriu-se a oportunidade para atores empreendedores de mudança difundirem novas ideias, impulsionando a proposta de universalização da saúde em face da institucionalização do Sistema Único de Saúde.

No decurso da implantação das premissas constitucionais, no entanto, o desenho proposto por atores reformistas não vingou em sua capacidade de romper com a mercadorização da saúde, mesmo em governos com distintos programas políticos, expresso pela conformação de dois sistemas de saúde – o SUS e a Saúde Suplementar. Assim, após quase trinta anos, vê-se fragilizada a proposição de efetivar um sistema universal de saúde, a julgar pelos obstáculos ao desenvolvimento do SUS concomitante ao fortalecimento dos planos e seguros privados, de modo a manter fortes iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

Com este problema em pauta, pretendeu-se responder o que melhor explica a dualidade da política de saúde brasileira, evidenciada pela coexistência de um sistema público de caráter universal e um sistema privado, de modo distinto daquilo definido no seu marco legal, e que não se altera, mesmo quando um governo de esquerda assume o poder. Paralelamente, houve o interesse em saber quais fatores e mecanismos podem explicá-la. Sem demora, mediante o caráter multifatorial da pergunta, é importante reforçar que nunca se expectou achar uma única causa para a persistência da mercadorização da saúde. A descrição de evidências – em suas aparições sequenciais – que marcou as páginas anteriores tão somente é o resultado do esforço investigativo em encontrar algumas respostas nos fios da história que costuram pontos entre as instituições e a agência humana. Portanto, as considerações que se seguem são uma síntese do argumento e dos achados provisórios, demarcados por um tempo e por recortes metodológicos que pretende contribuir com novas pesquisas e com a construção do conhecimento sobre mudanças em políticas públicas, particularmente sobre a política de saúde brasileira.

Uma primeira alegação da pesquisa afirma que a política de saúde no Brasil assumiu um padrão de inovação limitada ou restrita, nos termos de Weir (1993). Em virtude de a inovação constitucional que estabeleceu a saúde na perspectiva da seguridade social não ter se cumprido em sua plenitude, com a

permissão da existência concomitante do SUS e da saúde suplementar de forma desconexa, é crescente a improbabilidade de que as ideias que movem um sistema universal influenciem a política (*politics)* e, por conseguinte, que esta aja na direção de fortalecer o setor público na oferta de serviços de saúde. Isso tanto implica em pensar que alguns desenhos institucionais teriam sido mais plausíveis do que o proposto no marco legal do SUS, quanto reforça a premissa de que nem instituições nem a história são eficientes, pois arranjos institucionais particulares, quando executados, ao mesmo tempo em que criam oportunidades para alguns tipos de inovação, também estabelecem limites a elas (PIERSON, 2004; MARCH E OLSEN, 2008). Sendo frequente haver políticas públicas com padrão de inovação limitada, o desafio renovado a cada nova pesquisa, tal como esta aqui realizada, é o de explicar como isso ocorre.

Uma segunda consideração advém do próprio enquadramento do problema, o qual permitiu especular sobre as suas raízes conceituais e históricas. Isso permitiu indicar haver uma relação tensa entre Estado e mercado que se expressa na conformação de um sistema dual permeado de ambiguidades. Melhor explicando, para evitar interpretações que tendem a coincidir o público com tudo aquilo que é conduzido pelo poder público e o privado com tudo aquilo que se refere ao mercado, ainda no primeiro capítulo, optou-se por retomar duas grandes categorias sociológicas – Estado e mercado. Isso permitiu apresentar uma leitura sobre as grandes disputas teóricas acerca do papel dessas instituições na modernidade, com consequentes reverberações ideológicas nas definições e conflitos sobre políticas públicas de saúde, qualquer que seja o país capitalista. Com inspiração no raciocínio institucionalista, assumiu-se a premissa de que Estado e mercado são instituições interdependentes, sustentadas por ideologias que disputam atribuições na sociedade e movidas por competições distributivas (PRZEWORSKI, 1995; MAHONEY e THELEN, 2009). É claro que ao entrar nesta vereda, somente aparentemente trivial, o trabalho não se imunizou de seus próprios deslizes, a serem apontados pelos críticos.

De qualquer modo, defende-se haver uma trajetória de imbricação entre Estado e mercado para prover assistência que dificulta enquadrar o sistema de saúde brasileiro nos tipos ideais que convencionalmente tomam a atenção dos debates do setor. Embora os arquétipos de sistemas de saúde (e seus correlatos

para os regimes bem-estar) balizem as intenções no campo da saúde, muitos elementos institucionais associados às ações dos atores e contextos políticos agiram para impor limites às mudanças inicialmente pretendidas. Assim, é fato que, qualquer que tenham sido as mudanças nas últimas décadas (e não foram poucas em termos organizacionais e assistenciais), persistiu um padrão de relação entre o Estado e o mercado qualificado pelo primeiro criar mecanismos de apoio ao estabelecimento e crescimento do segundo, de modo independente da agenda do SUS.

Particularmente em relação à regulamentação dos planos e seguros privados, algo aqui considerado como o principal evento de consolidação da Saúde Suplementar no Brasil, seguindo o raciocínio de Menicucci (2007), a tese mostrou a existência de um mercado que se fortificou com as normas e intervenções oriundas de atores estatais, mesmo à revelia do próprio mercado, que não visualizou de imediato a relevância do papel regulador do Estado. Embora o setor de planos e seguros de saúde tenha sobrevivido após a institucionalização do SUS, e já se apresentasse como uma alternativa à população face os problemas de estruturação da proposta do SUS, ele ainda não se compunha como uma instituição guiada por um conjunto de regras específicas. Cada modalidade de operadora vivia por suas próprias regras, com sérios problemas e conflitos (hospitais negavam-se a atender beneficiários de planos, informações inexistiam, contratos rescindidos unilateralmente, reajustes sem controles, desrespeito das operadoras às regras de contenção inflacionária etc.. Isso tornava o setor vulnerável não somente economicamente, mas também o deslegitimava perante médicos e consumidores. Deste modo, a plena operacionalização desta economia requereu um sistema de normas e regulação para sua segurança e reprodução, não somente para assegurar as regras vigentes, mas também para minimizar externalidades, algo apenas exequível por uma autoridade externa – o Estado (REIS, 1997). À vista disso, é possível afirmar que houve uma reacomodação da relação entre Estado e mercado na política de saúde brasileira, em que a forma do Estado incentivar a participação do setor privado foi alterada, mas não a sua natureza.

O estudo também apontou que o Estado foi um ator com elevado grau de autonomia na definição da regulamentação e regulação da saúde suplementar e do financiamento do SUS, o que permite pensar que sua porosidade em relação aos

interesses do capital e da sociedade civil não é certa, embora se saiba que a política de saúde também se efetua sob o cerco do poder econômico. No primeiro caso, viu-se que os primeiros a apresentarem no parlamento a demanda da regulamentação e regulação foram entidades sociais, particularmente representantes de médicos, de consumidores e de patologias. Paralelamente, o Estado já vinha demonstrando o interesse em definir regras para o setor, particularmente por via do Ministério da Fazenda. Como se viu, somente de maneira tardia o Ministério da Saúde tornou-se um ator relevante nesta discussão. Contrariamente ao que se supunha, esta não foi uma demanda do mercado, pois uma parte das entidades representativas se opôs fortemente a qualquer tentativa de regulamentação. Visto a inevitabilidade da criação de uma lei, obviamente os agentes do mercado buscaram intervir para definir regras que atendessem aos seus interesses, mas atravessados pela própria competição que os caracteriza, dada a diversidade de diferentes modalidades de operadoras e várias empresas. Sem dúvidas, por ser multifacetada, a Saúde Suplementar tende a dispersar as suas demandas na direção do Governo Federal. No decorrer do tempo, este último recorreu às prerrogativas procedimentais que elevam o seu poder mediante o legislativo e mostrou-se ir de encontro a importantes posicionamentos das operadoras. Como se viu, a definição de normas e regras a serem seguidas pelo setor não é realizada sem conflitos, sendo usual ver algumas decisões serem transferidas ao arbítrio do poder judiciário.

Em outras palavras, embora atores da Saúde Suplementar tenham agido para influenciar as decisões políticas por diferentes vias (participação em espaços de decisão, ocupação de cargos estatais, financiamento de campanhas etc.), ainda assim não se pode afirmar que houve uma confluência de interesses e ideias capazes de enquadrar profundamente as escolhas governamentais. Em que pesem doses de negociação e flexibilidade na relação de atores governamentais com atores do mercado, os primeiros não são simplesmente reféns de interesses do setor privado. Isso não significa que Estado e mercado sejam opoentes em todas as circunstâncias. Pelo contrário, o predominante é a complementaridade entre os objetivos do mercado em crescer e do Governo Federal em reduzir os custos com saúde pública. Isso não quer dizer, contudo, serem desnecessários estudos que melhor entendam as forças em disputa e suas assimetrias no jogo de influência e constrangimentos que se estabelece nos contornos institucionais.

O estudo não chega a discordar que governos de esquerda são importantes para o estabelecimento de políticas sociais igualitárias (PIERSON, 1994; HUBER E STEPHENS, 2012 ALLAN E SCRUGGS, 2004; ELEY, 2005; STREECK E THELEN, 2005), mas aponta que esta premissa precisa ser compreendida na conjunção de outros fatores, os quais podem deixá-la menos potentes. A comparação dos governos FHC e Lula, respectivamente compostos por coalizões de centro-direita e de centro-esquerda, contudo, suporta a hipótese de que a política de saúde está submetida a fatores institucionais, bem como a conflitos entre os atores, de forma que é necessário entender melhor os motivos pelos quais se identifica mais continuidade entre os dois governos do que mudanças. A explicação para isso está relacionada à ação e à combinação de dois mecanismos causais – *autorreforço* (*feedback positivo)* e a *dissonância institucional* – de modo a nenhum deles ser suficiente, sozinho, para produzir a dualidade da política de saúde.

A dependência de trajetória – fruto de mecanismos de autorreforço – é um dos principais efeitos oriundos de fatores institucionais, como já havia sido argumentado por Menicucci (2007). Decisões tomadas antes do SUS, especialmente durante os governos militares, criaram uma rota de incentivos estatais para a composição de uma ampla rede privada de serviços em detrimento do fortalecimento do financiamento e serviços públicos, bem como medidas de expansão de um setor de planos privados de saúde, ainda à sombra das políticas previdenciárias, endogenamente reiteradas pela burocracia da previdência. Naquele momento, constituíram-se instituições, atores e interesses que persistiram em tempos mais recentes. De fato, os atores que implantaram o SUS tiveram que lidar com uma herança em condições bem distintas daquelas em que os países socialdemocratas europeus definiram e implantaram os seus sistemas universais, cujo contexto era de comoção social para a recomposição das nações pós-guerra, sob o certame aceso entre os dois grandes paradigmas da modernidade – liberalismo e socialismo.

Isso não significa que não houve mudanças. Um padrão próprio de constituição da política foi estabelecido no processo de implementação do SUS, desde o modo de financiá-la ao processo de prestação de serviços, numa dinâmica institucional bem distinta daquela em que predominava um modelo de seguro social obrigatório. Contudo, diferente de quando a assistência à saúde estava ancorada

nas políticas previdenciárias, em que predominavam incentivos diretos para o estabelecimento de serviços privados para atender a demanda coberta, a ação governamental tornou-se ainda mais ambígua ao sobrelevar incentivos indiretos e estruturar um arsenal burocrático somente para intervir no mercado, ao mesmo tempo em que implantava o SUS sem aportar um financiamento público condizente com a abrangência de sua proposta. De qualquer modo, quer-se dizer que, ao se estabelecerem mudanças na política de saúde, também se estabeleceu uma trajetória dependente das decisões relacionadas ao próprio SUS.

Urgida por intensos conflitos políticos num momento de expansão do neoliberalismo e da presença de governos mais conservadores na primeira década de implementação, de fato, a contingência dos primeiros eventos após a CF-88 gerou sérios efeitos em seu futuro. A proposta do SUS sentiu as dificuldades de garantir inclusão social sem a predisposição dos governantes em estabelecer uma rede assistencial condizente para as ambições de garantir integralidade e qualidade da atenção à saúde. Logo em sua fase inicial, restrições financeiras de grande envergadura puseram os executores da nova política numa situação de crise inimaginável para quem havia recentemente sentido o ânimo de içar juridicamente as mudanças cortejadas. Na prática abandonaram-se as premissas do financiamento público determinado pelos artigos da seguridade social logo nos primeiros anos do SUS. Nessas condições, um caminho de implantação do SUS foi definido e, logo depois, de regulação da Saúde Suplementar.

A força causal para a dualidade política, entretanto, não se encontra apenas em fatores institucionais estabelecidos pela contingência, tempo, sequência e inércia da política. A política de saúde também é claramente marcada pela renegociação entre atores, impreterivelmente, no diálogo com as regras e com o ambiente (THELEN, 2004), de modo a estabelecer uma permanente tensão entre a interpretação e a execução das regras, bem como a fim de identificar a ação intencional de atores que buscam direcionar a política de saúde de acordo com as suas visões e interesses. Tal conflito não se modifica de forma relevante com a alteração dos governos analisados, em função da elevada *dissonância institucional* que age na política de saúde.

Conforme a literatura, a dissonância institucional é um mecanismo que está alicerçado na premissa de que mudanças estruturais sempre exigem uma

combinação de coerência interna dos governos e sua burocracia e uma conexão externa (EVANS, 1995), bem como de que a justaposição de diferentes lógicas de ordem política, cada uma com suas bases temporais, retratam uma forma mais desordenada em que os atores e instituições se desgastam umas contra as outras e, no processo, impulsionam novas mudanças (WEIR, 1992; 2006). Nessas condições, surgem oportunidades para novas alianças, lideradas por empreendedores de políticas públicas, que quase nunca vão ao encontro das mudanças intencionadas pelos *designers* de novas instituições. No caso da política de saúde, esse mecanismo foi matizado pelo dissenso de ideias, pelo conflito distributivo, pela assimetria de poder e pelo poder de veto concentrado no Governo Federal. Assim, mesmo sendo consideradas as diferenças entre Governos FHC e Lula, dentre as quais a trajetória do partido, os programas de governo, as alianças de apoio constituídas, em ambos os governos perceberam-se sérios desacordos acerca da criação de condições para o fortalecimento do SUS, bem como uma tendência em fortalecer o mercado.

É certo ter havido desencontros entre a ideia de universalização da saúde e as ideias governamentais que ganharam força após pleitos eleitorais das décadas de 1990 e 2000. Se isso parece claro no caso dos governos de FHC, pois não existem muitas polêmicas sobre este ter adotado premissas de um Estado enxuto, o mesmo raciocínio é mais controverso em relação ao governo Lula, que, ao ganhar as eleições de 2002, traduzia uma série de esperanças de fazer vingarem ideais socialistas. Aqui se acha fato o compromisso do governo Lula em superar desigualdades, e verídica a sua intenção de retomar o papel do Estado como promotor do desenvolvimento, tão desfeito pelo seu antecessor. Isso foi adido da ideia de que a economia deve estar atrelada ao desenvolvimento social, pois, além de justo, é estratégico para consolidar o país face às forças das demais nações do globo.

O governo Lula escolheu promover mudanças no país sem grandes rompimentos com a trajetória do passado, algo evidente quando se sabe do esforço em estabelecer um grande pacto entre empresários e trabalhadores, bem como o acanhamento em relação às reformas de base. Logo, a inclusão social se deu pela via de políticas de valorização do salário e de combate à pobreza, mas sem esforços para romper com a estratificação social e nem com a mercadorização das políticas

sociais. Isso dá pistas para os motivos de o governo Lula não ter representado nem uma alavanca no SUS, nem o estancamento da mercadorização da saúde. Embora represente algumas inovações e tenha aumentado o gasto federal com saúde, o SUS e a Saúde Suplementar seguiram o curso definido na década de 1990, especialmente a partir de decisões tomadas no governo FHC.

Permanentemente, os trabalhadores brasileiros organizados pleiteiam planos privados como legítimos direitos adquiridos, enquanto as operadoras de planos privados de saúde no Brasil definem-se por comercializarem cerca de 80% planos do tipo coletivo (empresariais que prestam assistência aos funcionários da empresa contratante devido ao vínculo empregatício ou estatutário; e os coletivos por adesão, que são contratados por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial). Tal indicador não pode permanecer marginal nos debates da saúde pública, como um elemento gratuito, em função de o SUS não ter ganho, ainda, as suas condições materiais, pois, como assinala Olsen (2014), as transformações coerentes e duráveis só se erguem em harmonia com alguns princípios básicos da vida social e visões políticas. Ou seja, ainda é preciso analisar melhor a adequação de propostas de mudança aos valores sociais mais amplos, algo que será fecundo a partir de pesquisas que aprofundem o ponto de vista de sindicalistas e atores do próprio PT, bem como a interação destes com os atores que compõem a saúde. Ainda sem evidências para uma asserção contundente, presumem-se incongruências entre o desenho do SUS e os interesses da sociedade, em destaque o próprio funcionalismo público e o sindicalismo, esse último fundamental na trajetória do PT.

Por ora, a afirmação possível diz que a saúde foi motivo de um constante conflito distributivo entre ministérios com maior domínio sobre os recursos do Estado e o Ministério da Saúde e demais atores atentos para o problema do financiamento do SUS, de forma muito similar nos dois governos analisados. Se já era certo que a política econômica de FHC restringiria recursos para as políticas sociais, sendo quase óbvia a transferência da provisão de serviços para o mercado e famílias, o mesmo não se pode dizer do sócio desenvolvimentismo petista, enquanto programa de governo. Na prática, o PT não rompeu com a política de superávit primário, que comprometeu grande parte das receitas da União para pagamento de juros da dívida pública e elegeu algumas políticas sociais para imprimir a sua marca, dentre as

quais as políticas de desenvolvimento social e educação. No caso da saúde, houve sérios conflitos distributivos entre a área econômica e a saúde do governo, sendo que a primeira condensou poder na definição das receitas e despesas sociais, deixando a situação menos problemática em função do sucesso da política governamental de retomar o crescimento econômico, de modo a ampliar os gastos sociais sem necessariamente alterar a proporção dos gastos federais com saúde.

As assimetrias de poder entre atores e suas alianças ficaram notórias nos dois períodos analisados. Pelo próprio fato de serem um ator visível com poder de agenda setorial, os ministros da saúde tendem a agregar atores ao seu redor para imprimir agendas. Normalmente, exceto no caso de temas mais polêmicos, os Ministros contaram com o apoio de várias entidades interessadas em fazer avançar o SUS. Porém, os ministros com maior tradição no sanitarismo foram os que menos desafiaram o *status quo.*

Praticamente, os principais atritos com a área econômica governamental foram erguidos por dois ministros do período de FHC: Adib Jatene e José Serra. O primeiro, notoriamente, cavou a aprovação da CPMF sem o apoio efetivo do Presidente (exceto, no final do processo) e com intenso conflito com o Ministro Pedro Malan. Por sua vez, o distinguível em José Serra foi tanto ser um ator com forte lastro político dentro do PSDB, o que, naquela conjuntura, jamais o faria ser um "Ministro Periférico", quanto o seu horizonte político de concorrer às eleições presidenciais de 2002. Nessas condições, se a sua passagem pelo governo foi relevante para desengavetar alguns temas da agenda sanitarista e acelerar a implantação do SUS, por outra via, as decisões tomadas em sua gestão dificultaram reversões futuras, dentre as quais a aprovação da EC 29 sem os 10% das receitas brutas da União e a definição de um marco legal para a Saúde Suplementar sem conexão com o SUS.

A despeito de algumas alterações na agenda, os ministros da Saúde no governo Lula não demonstraram força política para travar grandes embates dentro e fora do governo para reposicionar o SUS como uma proposta para toda a sociedade, nem mesmo no período de Humberto Costa que tinha vinculações com a ala majoritária do PT. Somado a isso, viu-se que, apesar de sempre mobilizada para alçar os seus objetivos, a coalizão de apoio ao SUS, composta por CONASS, CONASEMS, Conselho Nacional de Saúde, entidades profissionais, ABRASCO,

CEBES etc., geralmente com o apoio formal do sindicalismo e das entidades médicas, eventualmente das entidades prestadores privados e filantrópicas, perdeu a sua capacidade de enfrentamento dos obstáculos estruturais do SUS.

Muitas dessas dificuldades, claramente expressas na paralisação por décadas, de projetos no Legislativo sobre o financiamento foram acentuadas pelo fato de o Executivo ter sido o principal *veto player* da política de saúde, tanto no FHC, quanto no Lula. Ao não concordar com muitas das alternativas postas pela comunidade de política do SUS para solucionar os problemas de financiamento público, o Governo Federal usou recorrentemente as prerrogativas institucionais do presidencialismo brasileiro para bloquear propostas no Legislativo, ou somente diminuir o seu compromisso face aos dos demais entes federados, ao mesmo tempo em que estabeleceu regras ou as explorou para robustecer a Saúde Suplementar, como o incentivo à oferta e à demanda de planos privados. Mesmo quando cabia à arena legislativa tomar uma decisão, em geral, predominou a força política da coalizão governamental.

Isso ficou evidente quando analisadas longitudinalmente as propostas de financiamento do SUS, em que os partidos tenderam a assumir argumentos de acordo com a sua posição (base governista ou oposição), indicando que a ideologia foi muito mais um recurso adaptado às circunstâncias para justificar escolhas definidas em função do jogo político-eleitoral. É certo ter havido uma série de dissensos acerca da universalização da saúde nos moldes do SUS, visto que, mesmo com distintas visões sobre o papel do Estado, coalizões governamentais de centro-direita ou centro-esquerda criaram restrições para alavancar o SUS e garantiram as condições para a consolidação da Saúde Suplementar. Tais desacordos não se restringem apenas a aspectos ideacionais, mas também a um largo conflito distributivo entre instituições do próprio Estado (Ministério da Fazenda, Planejamento, Casa Civil, Saúde) em relação ao orçamento disposto ao SUS, qualquer que seja a variação governamental. Nestas condições, foram claras as dificuldades da coalizão pró-SUS para influenciar as decisões políticas tomadas no Congresso, acentuadas pelo fato de o Governo Federal ser o principal *veto player* da política de saúde, ratificando os estudos que apontam para o poder de agenda do Executivo no Parlamento brasileiro (FIGUEIREDO E LIMONGI, 1999; LOUREIRO E ABRUCIO, 1999; LIMONGI, 2006). Mesmo quando a decisão coube à arena

legislativa, os partidos tenderam a assumir argumentos de acordo com a sua posição (base governista ou oposição). Isso sugere que a ideologia parece servir muito mais como um recurso adaptado às circunstâncias para justificar escolhas definidas em função do jogo político-eleitoral.

Por certo, o estudo que se finda reflete o alcance de um recorte metodológico. Se isso foi positivo por um lado, uma série de outras questões pode ter sido negligenciada pelas limitações próprias do desenho da pesquisa. Assim, quer-se apontar algumas questões que surgiram ao longo do tratamento das observações e do exercício hermenêutico, no sentido de encorajar novas pesquisas. Um primeiro sinal reforça a importância de pesquisas que sejam zelosas com a questão da burocracia para entender a *inovação limitada* da política, visto o seu papel na definição de alternativas e na implementação das decisões. Acredita-se também que este trabalho aponta para a necessidade de estudos que mergulhem no obscuro jogo das influências mútuas entre poder econômico e política. Por mais que haja muitas imputações ancoradas no senso comum, ainda são muito escassas as pesquisas que inferem a influência do mercado nas decisões legislativas e executivas sobre a política de saúde. Indica-se a necessidade de estudos aprofundados sobre a medida em que os governos são influenciados pelos interesses de grupos organizados, não somente do mercado, mas também da sociedade, no que diz respeito à sua posição em relação ao SUS.

Outro ponto que encoraja análises conjuntas sobre o SUS e a Saúde Suplementar, é a busca por entender os seus desafios comuns e particulares, os seus confrontos principais, como estabelecem relações com a rede prestadora e o que isso representa em diminuição da capacidade do Estado direcionar o modelo de atenção à saúde. Embora o Estado aja nas duas instituições, é incrível como isso se faz não somente em lógicas distintas, mas também sem vasos comunicantes. Tal dissociação parece repetir-se sobremaneira nas esferas subnacionais, pois, mesmo nas regiões em que o mercado tende a cobrir assistencialmente mais da metade da população, os gestores não estabelecem regulação local em relação às ações das operadoras na assistência da população e tendem a não dialogar sobre o processo saúde e doença, afora a competição em relação ao uso da rede prestadora de serviços.

No mais, há um conjunto de informações recentes que precisam ser analisadas em seus contextos próprios. É preciso entender ainda os efeitos de um contexto totalmente adverso, iniciado com o impedimento do quarto governo seguido do PT, que já sugere um conjunto de rupturas institucionais com sérias implicações para a democracia e as políticas sociais. Só para ilustrar, enquanto esta tese mostrou um duro jogo para se alçar a definição e depois a regulamentação da EC 29, o que ao todo se estendeu por quase duas décadas de disputas – avanços e recuos – em poucos meses de Governo Temer, uma emenda foi aprovada no Congresso para limitar o crescimento dos gastos públicos por vinte anos. Nesse novo contexto de crise, de fato, muitas inflexões poderão ocorrer de forma mais rápida. Se, por um lado, o perigo de desconstrução é certo, daquilo que foi edificado dificilmente junto às suas contradições, por outra via, a esperança que emerge é de que os atores mais progressistas se repensem e rompam a inércia de alternativas dos últimos anos. Em todo caso, essa é outra história para se viver, lutar e contar.

No momento, o defendido é que, no domínio do conflito distributivo entre Estado e mercado, a política de saúde brasileira foi marcada pela influência do legado, tensão entre a interpretação e a execução das regras e a ação intencional de atores que disputaram direcionar a política de saúde de acordo com as suas visões e interesses. A conjugação desses fatores gerou efeitos de difícil reversão, não somente em função de mecanismos de retroalimentação (antes e depois do SUS), mas também pela dissonância institucional. Todos eles emitiram força causal no contexto político do governo FHC e do governo Lula, sendo que as decisões tomadas no primeiro governo foram centrais para a persistência da dualidade da política de saúde. A questão principal no governo Lula foi a ausência de propostas capazes de reverter um padrão de relação entre Estado e mercado que tende a ratificar históricas inequidades na assistência à saúde. Ou melhor, foi a verificação de atitudes muito similares ao governo de centro-direita no campo da saúde, apesar das inovações que se quis implementar no plano institucional e assistencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, 2005.

ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita. **O Estado numa era de reformas**: os anos FHC. Brasília, DF: SEGES, 2002.

ADORNO, Sérgio. Lei e ordem no segundo governo FHC. **Tempo Social**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 103-140, 2003.

AGUIAR, Nildo. Modalidades assistenciais do Inamps. **Revista de Administração Pública FGV**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 117, 1979.

AGUIAR, Vilma. Um balanço das políticas do governo Lula para a educação superior: continuidade e ruptura. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, n. 57, p. 113-126, 2016.

ALLAN, James P.; SCRUGGS, Lyle. Political partisanship and welfare state reform in advanced industrial societies. **American Journal of Political Science**, East Lansing, v. 48, n. 3, p. 496-512, 2004.

ALMEIDA, Celia Maria de. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília, DF: IPEA, 1998. (Texto para Discussão).

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. A política social no governo Lula. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, v. 70, p. 7-17, 2004.

ALMOND, Gabriel. Political Science: The story of the discipline. In: GOODIN, Robert E.; KLINGEMANN, Hans-Dieter (Ed.). **A new handbook of political science**. Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 50-96.

AMARAL, Oswaldo Martins Estanislau do. **As transformações na organização interna do partido dos trabalhadores entre 1995 e 2009**. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

AMENTA, Edwin. State-centered and political institutional theory: Retrospect and prospect. **Handbook of Political Sociology**, Cambrigde, v. 1, p. 96-114, 2005.

AMORIM NETO, Octavio. Presidential cabinets, electoral cycles, and coalition discipline in Brazil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 479-519, 2000.

ANDERSON, Perry. **Balanço do neoliberalismo**: pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDERSON, Perry. O Brasil de Lula. **Novos Estudos-CEBRAP**, São Paulo, n. 91, p. 23-52, 2011.

ARAUJO, Angela Maria. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil**: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ARAUJO, Carmem Emmanuely Leitão; GONCALVES, Guilherme Quaresma; MACHADO, José Angelo. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 953-963, mar. 2017.

ARAUJO, Carmem Emmanuely Leitão; GONCALVES, Guilherme Quaresma; MACHADO, José Angelo. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 953-963, Mar. 2017.

ARAUJO, Cicero. O processo constituinte brasileiro, a transição e o Poder Constituinte.**Lua Nova**, São Paulo , n. 88, p. 327-380, 2013 .

ARAUJO, Isabelle Maria Mendes de. Direito à saúde: aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e da privatização da saúde. **Revista de Direito Sanitário USP**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 128-145, jul. 2015.

ARIENTI, Wagner Leal. Novas referências para uma análise do estado desenvolvimentista brasileiro. **Textos de Economia UFSC**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 77-104, 1993.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

ARROW, Kenneth Joseph. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Durham, v. 26, n. 5, p. 851-883, 2001.

ASSUMPÇÃO, Raiane Patrícia Severino; KERBAUY, Maria Teresa M. **Análise organizacional do partido da social democracia brasileira no estado de São Paulo (1988-2006)**: a estrutura relacional e o capital político. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva; COSTA, Olavo Viana. Entre o público e o privado: a saúde hoje no Brasil. **Tempo Social**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 199-217, 1999.

AVRITZER, Leonardo. **Impasses da democracia no Brasil**. São Paulo: José Olympio, 2016.

BAHIA, Lígia. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 115-128.

BAHIA, Ligia. **Mudanças e padrões das relações público-privado**: seguros e planos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

BAHIA, Lígia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, jun. 2009.

BAHIA, Ligia. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, ago. 2005.

BAIRD, Marcello Fragano. **Redes de Influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017

BARRETO, Maria Renilda Nery. **A medicina luso-brasileira**: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808 1851). 2005. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. **Política de saúde no Brasil**: diagnóstico e perspectivas. Brasília, DF: IPEA, 1996.

BARTLETT, Helen P.; PHILLIPS, David R. Policy issues in the private health sector: Examples from long-term care in the UK. **Social Science & Medicine**, Orebro, v. 43, n. 5, p. 731-737, 1996.

BAUMGARTNER, Frank R.; JONES, Bryan D.; MORTENSEN, Peter B. Punctuated equilibrium theory: Explaining stability and change in public policymaking. In: SABATIER, Paul A.; WEIBLE, Christopher M. **Theories of the policy process**. 3. ed. Philadelphia: Westviem Press, p. 59-103, 2014. p. 59-103.

BEACH, D.; PEDERSEN, R. B. **Process-tracng methods**: foundations and guidelines. Michigan: University of Michigan, 2013.

BEASLEY-MURRAY, Jon; CAMERON, Maxwell A.; HERSHBERG, Eric. In: Latin America's left turns: A tour d'horizon. In: CAMERON, Maxwell A.; HERSHBERG, Eric. **Latin America's left turns**: Politics, policies, and trajectories of Change. Boulder: Lynne Rienner Publishers, 2010. p.1-22

BENDIX, Reinhard. A ampliação da cidadania. In: CARDOSO, F. H.; MARTINS, C. E. (Org.). **Política e sociedade**. Rio de Janeiro: Companhia Ed. Nacional, 1979.

BENNETT, Andrew. Process tracing and causal inference. In: BRADY, Henry E.; COLLIER, David (Ed.). **Rethinking social inquiry**: Diverse tools, shared standards. Lanham: Rowman & Littlefield, 2010. p. 207-2019.

BEVIR, Mark. Political studies as narrative and science, 1880-2000. **Political Studies**, Berkeley, v. 54, p. 583-606, 2006.

BIGNOTTO, Newton. **Maquiavel republicano**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

BIRDSALL, Nancy; JAMES, Estelle. **Efficiency and equity in social spending**: how and why governments misbehave. Washington, DF: World Bank Publications, 1990.

BLANCO, Luisa; GRIER, Robin. Explaining the rise of the left in Latin America. **Latin American Research Review**, Austin, v. 48, n. 1, p. 68-90, 2013.

BOBBIO, Norberto. **Direito e Estado no Pensamento de Emanuel Kant**. Brasília, DF: Ed. UnB, 1984.

BOBBIO, Norberto. Política. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco (Ed.). **Dicionário de política**. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Universidade de Brasília, 1986. p. 954-62.

BORGES, André. Democracia vs. eficiência: a teoria da escolha pública. **Lua Nova**, São Paulo, v. 53, p. 159-179, 2001.

BOSCHI, Renato. Estado Desenvolvimentista no Brasil: continuidades e incertidumbres. **Ponto de Vista**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 1-34, 2010.

BRADLEY, D.; HUBER, E.; MOLLER, S.; NIELSEN, F.; STEPHENS, J. D. Distribution and redistribution in postindustrial democracies. **World Politics**, [s. l.], v. 55, n. 2, p. 193-228, 2003.

BRAGA, José Carlos de Souza. **Saúde e previdência**: estudos de política social. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. (Saúde em Debate, 5).

BRAGA, Jose Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. **Saúde e previdência**: estudos de politica social. São Paulo: HUCITEC, 1981. (Saúde em Debate).

BRAGA, Maria Helena. Políticas de saúde no Brasil: uma visão baseada nas normas reguladoras editadas no período de 1990 a 2010. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 39, n. 3-4, 2014.

BRAMI-CELENTANO, Alexandrine; CARVALHO, Carlos Eduardo. A reforma tributária do governo Lula: continuísmo e injustiça fiscal. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 44-53, 2007.

BRAUDEL, Fernand. **A dinâmica do capitalismo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

BREWER, Garry D. The policy sciences emerge: to nurture and structure a discipline. **Policy Sciences**, [s. l.], v. 5, n. 3, p. 239-244, 1974.

BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, Maria Eliana. **Sistemas de saúde**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

BUSTAMANTE, Arturo Vargas; MÉNDEZ, Claudio A. Health care privatization in Latin America: comparing divergent privatization approaches in Chile, Colombia, and Mexico. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Durham, v. 39, n. 4, p. 841-886, 2014.

CAMERON, Maxwell A. Latin America's left turns: beyond good and bad. **Third World Quarterly**, Londres, v. 30, n. 2, p. 331-348, 2009.

CAMPBELL, John L. Ideas, politics, and public policy. **Annual Review of Sociology**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 21-38, 2002.

CAMPELLO, Daniela; ZUCCO, Cesar. **A esquerda em um país democrático, globalizado e desigual**: uma análise do Brasil de Lula: perspectivas analiticas sobre nuevos gobiernos y sociedad en America Latina. Montevideo: Trilice, 2008.

CAMPOS Alves de, Humberto. Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica. **Braz. J. Int'l L.**, [s. l.], v. 5, p. 281, 2008.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 13-24, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, nov. 2007.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. Um estudo sobre o conceito de empreendedor de políticas públicas: ideias, interesses e mudanças. **Cadernos EBAPE**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 486, 2016.

CAPOCCIA, Giovanni; KELEMEN, R. Daniel. The study of critical junctures: Theory, narrative, and counterfactuals in historical institutionalism. **World Politics**, Princeton, v. 59, n. 3, p. 341-369, 2007.

CARDOSO, Fernando Henrique. Avança, Brasil: proposta de governo [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. pp. I-III.

CARDOSO, Fernando Henrique. Estamos reorganizando o capitalismo brasileiro. Entrevista com Brasílio Sallum Jr. **Lua Nova**, São Paulo, n. 39, p. 11-31, 1997.

CARDOSO, Fernando Henrique. Mãos à obra, Brasil: proposta de governo [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2008.

CARDOSO, Fernando Henrique. **Diários da presidência**: 1995-1996. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2015.

CARDOSO, Fernando Henrique. **Diários da presidência**: 1997-1998. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2016.

CARDOSO, Fernando Henrique; FALETTO, Enzo. **Dependência e desenvolvimento na América Latina**: ensaio de interpretação sociológica. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

CARNEIRO, Ricardo de Medeiros. Velhos e novos desenvolvimentismos. **Econ. Soc.**, Campinas, v. 21, n. esp., p. 749-778, dec. 2012.

CARNOY, Martin. **Estado e teoria política**. Campinas: Papirus, 1986. v. 28.

CARVALHO, Déa Mara Tarbes de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, ago. 2007.

CARVALHO, Euripedes Balsanufo. **A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil**: a reconstrução de uma história de disputas. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Campinas, Campinas, 2003

CARVALHO, Eurípedes Balsanufo; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, set. 2007.

CARVALHO, Gilson. Avaliação do atual modelo da gestão pública do SUS quanto ao financiamento público na saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 48-67.

CARVALHO, Márcio André de. How logrolling can explain the failure of the government coalition in Brazil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, p. 865-882, 2006.

CASTANIEDA, Jorge G. Latin America's Left Turn. **Foreign Affairs**, New York, v. 85, n. 3, p. 28-43, 2006.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 112, p. 613-636, 2012.

CECHIN, José. **A história e os desafios da saúde suplementar**: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva, 2008. v. 302.

CHEIBUB, Zairo B. Reforma administrativa e relações trabalhistas no setor público: dilemas e perspectivas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 115-146, 2000.

COELHO, Ivan Batista. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 171-183, jan. 2010.

COELHO, Ivan Batista. **Os hospitais no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2016.

COHN, Amélia. As políticas sociais no governo FHC. **Tempo Social**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 183-197, 1999.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, 1989.

COHN, Amélia. State and society and the new configurations of the right to health. **Ciênc. Saúde Coletiv**a, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

COLLIER, David. Understanding process tracing. **Political Science & Politics**, Cambridge, v. 44, n. 4, p. 823-830, 2011.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. Seguridade social: mudanças estruturais necessárias para a sustentabilidade do financiamento do SUS, da previdência e da assistência social. **Olho Mágico**, [*s. l.*], v. 10, n. 2, p. 15-16, 2003.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque; CONILL, Eleonor Minho; Santos, Isabela Soares; BRESSAN, Aparecida Isabel. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p.129-151.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque; CONILL, Eleonor Minho; SANTOS, Isabela Soares; BRESSAN, Aparecida Isabel. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 129-151.

COSTA, Nilson do Rosário; A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 693-706, 2009.

COSTA, Nilson do Rosário; LAMARCA, Isabel. Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2013.

COUTO, Cláudio G.; ABRUCIO, Fernando. O segundo governo FHC: coalizões, agendas e instituições. **Tempo Social**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 269-301, 2003.

CUNHA, Eleonora Schettini M. Desenho institucional, participação e deliberação democráticas: conexões. In: CUNHA, Eleonora S. M.; THEODORO, Hildelano D. **Desenho institucional, democracia e participação**: conexões teóricas e possibilidades analíticas. Belo Horizonte: D'Plácido, 2014. p. 19.

DA COSTA, Ricardo Cesar Rocha. Descentralização, financiamento e regulação. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 18, p. 49, 2002.

DAGNINO, Evelina. Artigo: construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 3, n. 5, p. 139-164, 2004.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, Daniel (Coord.). **Políticas de ciudadania y sociedade civil en tiempos de globalización**. Caracas: Universidad Central de la Venezuela, 2004. Disponível em: <http://168.96.200.17/ar/libros/venezuela/faces/mato/Dagnino.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2009.

DE OLIVEIRA, Francisco. **A economia brasileira: crítica à razão dualista**. Editora Vozes, 1981.

DENZAU, Arthur T.; NORTH, Douglass C. Shared mental models: ideologies and institutions. **Kyklos**, Oxford, v. 47, n. 1, p. 3-31, 1994.

DETSKY, Allan S.; NAYLOR, C. David. Canada's health care system-reform delayed. **New England Journal of Medicine**, London, v. 349, n. 8, p. 804-810, 2003.

DINIZ, Eli. O contexto internacional e a retomada do debate sobre desenvolvimento no Brasil contemporâneo (2000/2010). **Dados**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 493-532, 2011.

DONNANGELO, María Cecília. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DRAIBE, Sônia. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 63-101, nov. 2003.

DRAIBE, Sonia. Estado de Bem-Estar: desenvolvimento econômico e cidadania. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 27-64

DRUCK, Graça; FILGUEIRAS, Luiz. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34, 2007.

DRYZEK, John; DUNLEAVY, Patrick **Theories of the democratic State**. London: Palgrave Macmillan, 2009.

ELEY, Geoff. **Forjando a democracia**: a história da esquerda na Europa, 1850 – 2000. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.

EVANS, P. B.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. On the road toward a more adequate understanding of the State. In: EVANS, P.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (Org.). **Bringing the state back in**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p. 347-368.

EVANS, Peter B. **Embedded autonomy**: States and industrial transformation. Princeton Princeton; University Press, 2012.

EVANS, Peter. O Estado como problema e solução. **Lua Nova**, São Paulo, n. 28-29, p. 107-157, abr. 1993.

FAGNANI, Eduardo. Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período 1993/98. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 8, n. 2, p. 155-178, 1999.

FAGNANI, Eduardo. Tensão entre paradigmas: notas sobre a política social no Brasil (1988/2008). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 707-719, 2009.

FALLETI, Tulia G. Process tracing of extensive and intensive processes. **New Political Economy**, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 455-462, 2016.

FALLETI, Tulia G.; ANGELUCI, Alan César Belo. Infiltrando o Estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 15, n. 29, 2010.

FALLETI, Tulia G.; LYNCH, Julia F. Context and causal mechanisms in political analysis. **Comparative Political Studies**, [s. l.], v. 42, n. 9, p. 1143-1166, 2009.

FAVERET FILHO, Paulo; GONÇALVES, Renato. **Autogestão**: promessas e desafios. Rio de janeiro: BNDES, 1996.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FERREIRA, Denilson Q. G. **Os determinantes da integração vertical na saúde suplementar segundo a teoria dos custos de transação**. 2013. Tese (Doutorado em Políticas Publicas, Estratégia e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; FERNANDO, Limongi; VALENTE, Ana Luzia. Governabilidade e concentração de poder institucional: o governo FHC. **Tempo Soc.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 49-62, out. 1999.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. **Executivo e legislativo na nova ordem constitucional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

FIGUERAS, *J*.; MUSGROVE, *P*.; CARRIN, G.; DURAN, A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? **Gac. Sanit.**, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 5-17, feb. 2002.

FILGUEIRA, Fernando. **Welfare and democracy in Latin America**: the development, crises and aftermath of universal, dual and exclusionary social states. Genève, 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/252495352_Welfare_and_Democracy_in_Latin_America_The_Development_Crises_and_Aftermath_of_Universal_Dual_and_Exclusionary_Social_States>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FIORI, J. A governabilidade democrática na nova ordem econômica. **Novos Estudos**, São Paulo, n. 43, p. 157-172, nov. 1995.

FLEURY S. Universal, dual or plural? Health care models and issues in Latin America. In: MOLINA, C. G.; ARCO, J. N. (Org.). **Health services in Latin America and Asia**. Washington, D.C.: Interamerican Development Bank, 2001. p. 3-36.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, June 2009.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

FONSECA, Pedro Cezar Dutra; CUNHA, André Moreira; BICHARA, Julimar da Silva. O Brasil na Era Lula: retorno ao desenvolvimentismo? **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p. 403-428, 2013.

FONSECA, Pedro Cezar Dutra; CUNHA, André Moreira; BICHARA, Julimar da Silva. O Brasil na Era Lula: retorno ao desenvolvimentismo? **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p. 403-428, 2013.

FONTES TEIXEIRA, Carmen; SILVA PAIM, Jairnilson. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, 2005.

FRANÇA, José Rivaldo Melo de; COSTA, Nilson do Rosário. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-257, 2011.

FRANZONI, Juliana Martínez. Welfare regimes in Latin America: Capturing constellations of markets, families, and policies. **Latin American Politics and Society**, Miami, v. 50, n. 2, p. 67-100, 2008.

FREITAS, Rosana de C. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 65-74, 2007.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões eferentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Política Pública**, Brasília, DF, n. 21, p. 216-230, 2000.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís Silveira. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. esp., p. 13-20, 2012.

GAMA, Anete Maria. **Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúd**e. 2003. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GAMA, Anete Maria; REIS, Carlos Otávio Ocke; SANTOS, Isabela Soares; BAHIA, Ligia. O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde, no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. ***Saúde* em *Debate***, *Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 71-81, jan./abr. 2002.*

GEORGE, Alexandre; BENNETT, Andrew. **Case studies and theory development in the social sciences**. Cambridge: MIT Press, 2005.

GERSCHMAN, Silvia Victoria. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

GOLDSTEIN, Ariel Alejandro. Lideranças de oposição ao primeiro governo Lula: o caso do PSDB. Memorias. **Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe**, Barranquilla, v. 9, n. 17, p. 59-101, 2012.

GOUVEIA, Maria Thereza Carolina de Souza. **O modelo de Agência Reguladora e a ANS**: construção do regime regulatório na saúde suplementar. 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

GREIF, A.; LAITIN, D. D. A theory of endogenous institutional change. **American Political Science Review**, Los Angeles, v. 98, n. 4, p. 633-652l, Nov. 2004.

GRIFFIN, C. C. **Strengthening the health services in developing countries through the private sector**. Washington, DC: International Finance Corporation, 1989.

GRIN, Eduardo José. Gestão dos territórios da cidade em São Paulo: a berlinda entre a democracia representativa e os mecanismos de controle social. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LAADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 12., 2012. **Anais...** Cartagena: Colombia, 2012.

GUIOT, André Pereira. **Um "moderno Príncipe" para a burguesia brasileira**: O PSDB (1988-2002). 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p. 193-223, 2003.

HALL, Peter A.; THELEN, Kathleen. Institutional change in varieties of capitalism. **Socio-Economic Review**, [*s. l.*], v. 7, n. 1, p. 7-34, 2009.

HARDING, April; PREKER, Alexander S. (Ed.). **Private participation in health services**. Washington: World Bank Publications, 2003.

HAY, C.; LISTER, M. Introduction: Theories of the State. In: HAY, C.; LISTER, M.; MARSH, D. (Ed.). **The State**: theories and issues. London: Palgrave Macmillan, 2006. p. 1-20.

HAYEK, Friedrich August. ***O caminho da servidão***. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010.

HOCHMAN, G. Aprendizado e difusão na constituição de políticas: a previdência social e seus técnicos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 84-98, 1988.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em Revista**, Curitiba n. 25, p. 127-141, 2005.

HODGSON, Geoffrey M. What are institutions? **Journal of Economic Issues**, Routledge, v. 40, n. 1, p. 1-25, 2006.

HORN, Alexander. **Beyond left and right?**: the effect of market ideology and welfare ideology on the politics of risk privatization in the OECD. Montreal: IPSA. 2012.

HUBER, Evelyne; NIELSEN, François; PRIBBLE, Jenny; STEPHENS, John D. Politics and inequality in Latin America and the Caribbean. **American Sociological Review**, New York, v. 71, n. 6, p. 943-963, 2006.

HUBER, Evelyne; SOLT, Frederick. Successes and failures of neoliberalism. **Latin American Research Revie**w, Austin, v. 39, n. 3, p. 150-164, 2004.

HUBER, Evelyne; STEPHENS, John D. **Democracy and the left**: social policy and inequality in Latin America. Chicago: University of Chicago Press, 2012.

HUNTER, Wendy. Brazil: The PT in power. The resurgence of the Latin American left. In: LEVITSKY, Steven; ROBERTS, Kenneth M. (Ed.). **The resurgence of the Latin American left**. Baltimore: JHU Press, 2011. p. 306-324.

HUNTINGTON, Samuel Phillips; LEMOS, Pinheiro. **A ordem política nas sociedades em mudança**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1975.

IANONI, Marcus. Políticas públicas e Estado: o Plano Real. **Lua Nova**, São Paulo, n. 78, p. 143-183, 2009.

IBAÑEZ, Nelson; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Ministro da Saúde José Gomes Temporão**. Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.** v.1, n.1. p. 157-170, 2010.

IMMERGUT, Ellen M. Institutional constrains on policy. In: GOODIN. R. E.; REIN, M.; MORAN. M. (Ed.). **The Oxford handbook of public policy**. Oxford: Oxford University Press, 2007. p.557-571.

IMMERGUT, Ellen M. **Health politics**: Interests and institutions in Western Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

IMMERGUT, Ellen. O núcleo teórico do novo institucionalismo. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas públicas**. Brasília, DF: Enap, 2006. v. 2, p. 155-196.

JACOBS, Alan M. The politics of when: Redistribution, investment and policy making for the long term. **British Journal of Political Science**, Cambridge, v. 38, n. 2, p. 193-220, 2008.

JANN, Werner; WEGRICH, Kai. Theories of the Policy Cycle. In: FISCHER, Frank; MILLER, Gerald; SIDNEY, Mara (Org.). **Handbook of public policy analysis**: theory, politics, and methods. Boca Raton: CRC: Taylor & Francis, 2007. p. 42-62.

JEPPERSON, R. L. Institutions, institutional effects, and institucionalism. In: POWELL, W. W.; DIMAGGIO, P. J. **The new institutionalism in organizational analysis***.* Chicargo: University of Chicago Press, 1991.

KECK, M. E. **PT, a lógica da diferença**: o Partido dos Trabalhadores na construção da democracia brasileira. São Paulo: Ática, 1991.

KILSZTAJN, Samuel; CAMARA, Marcelo Bozzini da; CARMO, Manuela Santos Nunes do. Gasto privado com saúde por classes de renda. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 258-262, set. 2002.

KINGDON, John W. **Agendas, alternatives, and public Policies**. 2. ed. Nova York: Harper Collins College Publishers, 1995.

KINGSTON, Christopher; CABALLERO, Gonzalo. Comparing theories of institutional change. **Journal of Institutional Economics**, Cambridge, v. 5, n. 2, p. 151-180, 2009.

KINZO, Maria D.'Alva Gil. **Radiografia do quadro partidário brasileiro**. São Paulo: Fundaçao Konrad-Adenauer-Stiftung, 1993.

KIRK, Jerome; MILLER, Marc L. **Reliability and validity in qualitative research**. London: Sage, 1986.

KNIGHT, Jack. Models, interpretations, and theories: constructing explanations of institutional emergence and change. In: KNIGHT, Jack; SENED, Itai (Ed.). **Explaining social institutions**. Michigan: University of Michigan Press, 1995. p. 95-119.

LAMOUNIER, Bolívar. A democracia brasileira de 1985 à década de 1990: a síndrome da paralisia hiperativa. **Governabilidade, sistema político e violência urbana. Rio de Janeiro: J. Olympio**, 1994.

LAPIERRE, Tracey A. Comparing the Canadian and US Systems of health care in an Era of Healthcare Reform. **Journal of Health Care Finance/Summer**, [*s. l.*], v. 38, n. 4), p. 1-18, 2012.

LEVINO, Antonio; CARVALHO, Eduardo Freese de. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington**,** DC, v. 30, n. 5, p. 490-500, nov. 2011.

LEVITSKY, Steven; ROBERTS, Kenneth M. (Ed.). **The resurgence of the Latin American left**. Baltimore: JHU Press, 2011.

LEWIS, Orion A.; STEINMO, Sven. How institutions evolve: Evolutionary theory and institutional change. **Polity**, Hudson, v. 44, n. 3, p. 314-339, 2012.

LIEBERMAN, Robert C. Ideas, institutions, and political order: Explaining political change. **American Political Science Review**, Los Angeles, v. 96, n. 4, p. 697-712, 2002.

LIGHT, Donald W. Universal health care: lessons from the British experience. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 93, n. 1, p. 25-30, 2003.

LIMONGI, Fernando. A democracia no Brasil: presidencialismo, coalizão partidária e processo decisório. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 76, p. 17-41, Nov. 2006

LIMONGI, Fernando; FIGUEIREDO, Argelina. Bases institucionais do presidencialismo de coalizão. **Lua Nova**, São Paulo, n.44, p. 81-106, 1998.

LOBATO, Lenaura de VC. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 721-730, jun. 2009.

LOBATO, Lenaura; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. *p. 89-120*.

LÓPEZ, Santiago. Partidos desafiantes en América Latina: representación política y estrategias de competencia de las nuevas oposiciones. **Revista de Ciencia Política**, Santiago, v. 25, n. 2, p. 37-64, 2005.

LOUREIRO, Maria Rita; ABRUCIO, Fernando Luiz. Política e burocracia no presidencialismo brasileiro: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 41, p. 69-89, 1999.

LOWI, Theodore J. American business, public policy, case-studies, and political theory. **World Politics, Princeton,** v. 16, p. 677-715, jul. 1964.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

MACHADO, Cristiani Vieira. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90 The Brazilian Ministry of Health policy model in the 1990s. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Health policies in Brazil in the 2000s: the national priority agenda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MACHADO, José Angelo. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma" regionalização solidária e cooperativa"? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.

MAHONEY, James. After KKV: The new methodology of qualitative research. **World Politics**, Princeton, v. 62, n. 1, p. 120-147, 2010.

MAHONEY, James. Analyzing path dependence: lessons from the social sciences. **Understanding Change**, London, p. 129-139, 2006. Disponível em: <https://rd.springer.com/chapter/10.1057/9780230524644_9>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MAHONEY, James. The logic of process tracing tests in the social sciences. **Sociological Methods & Research**, Newbury, v. 41, n. 4, p. 570-597, 2012.

MAHONEY, James; RUESCHEMEYER, Dietrich. **Comparative historical analysis in the social sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. A theory of gradual institutional change. In: MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. **Explaining institutional change**: Ambiguity, agency, and power. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. v. 1, p. 1-37.

MAINWARING, Scott; SHUGART, Matthew Soberg. Presidencialismo y sistema de partidos en América Latina. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**, Montevideo, v. 9, p. 9-40, 1996.

MALLOY, James. **A política da previdência social no Brasil**: a política da previdência social no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. Neo-institucionalismo. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 16, n. 31, p. 121, 2008.

MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. The new institutionalism: Organizational factors in political life. **American Political Science Review**, Los Angeles, v. 78, n. 3, p. 734-749, 1983.

MARQUES, Eduardo. As políticas públicas na Ciência Política. In: MARQUES; Eduardo; FARIA; Carlos Aurélio Pimenta de (Org.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. O social no governo Lula: a construção de um novo populismo em tempos de aplicação de uma agenda neoliberal. **Rev. Econ. Polit.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 58-74, mar. 2006.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967

MARTINIANO, Claudia; DAVI, Jordeana; JUNIOR, Geraldo Medeiros; BRANDÃO, Isabel Cristina Araújo; SILVA, Ana Luzia Medeiros Araújo da. A luta pela vinculação de recursos para Saúde Pública no Brasil a partir do paradigma da universalização. In: DAVI, Jordeana; MARTINIANO, Claudia; PATRIOTA, Lucia Maria. **Seguridade social**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. v. 2, p. 87-116.

MARTINS, Heloísa de Souza; RODRIGUES, Iram Jácome. O sindicalismo brasileiro na segunda metade dos anos 90. **Tempo Social**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 155-182, 1999.

MARX, Karl; ENGELS, Frederich. **Manifesto comunista**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1998.

MAYER, R. **Os partidos como organizações**: um estudo comparado do PSDB e PT. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Paraná, Curitiba, 2011.

MCPAKE, Barbara; MILLS, Anne. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 78, n. 6, p. 811-820, 2000.

MÉDICI, André Cezar. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, 1992.

MELO, Carlos Ranulfo. Nem tanto ao mar, nem tanto a terra: elementos para uma análise do sistema partidário brasileiro. In: MELO, Carlos Ranulfo; SÁEZ, Manuel Alcântara (Org.). **A democracia brasileira**: balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2007. p. 267-302.

MELO, Carlos Ranulfo; CÂMARA, Rafael. Structure of the Presidential race and consolidation of the Party System in Brazil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 71-117, 2012.

MELO, Marcus André. Política regulatória: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, v. 50, p. 7-43, 2000.

MENDES, Aquilas; MARQUES, Rosa Maria. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. **Anais Associação Brasileira de Economia da Saúde**, Salvador, v. 5, p. 231-238, 1999.

MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENEGUELLO, Rachel. **PT**: a formação de um partido, 1979-1982. São Paulo: Paz e Terra, 1989.

MENESES, C.S. **Mercado de saúde no Brasil, qualificação assistencial e transição tecnológica**: um desafio regulatório para o Estado. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MENEZES, Daiane Boelhouwer. **A retórica da intransigência brasileira**: uma análise do discurso da oposição durante o primeiro governo Lula. 2008. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

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

MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. **Desafios para os gestores do SUS, hoje**: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE, 2004.

MESA-LAGO, Carmelo. **Desarrollo de la seguridad social en América Latina**. Santiago: CEPAL, 1985.

METTENHEIM, Kurt von. A presidência e a separação dos poderes no Brasil (1999-2002). **Tempo Social**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 237-268, 2003.

MEYER, John W.; ROWAN, Brian. Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 83, n. 2, p. 340-363, 1977.

MIGUEL, Luis Felipe; COUTINHO, Aline de almeida. A crise e suas fronteiras: oito meses de "mensalão" nos editoriais dos jornais. **Opinião Pública**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 97-123, 2007.

MIGUEL, Luis Felipe; COUTINHO, Aline de Almeida. A crise e suas fronteiras: oito meses de" mensalão" nos editoriais dos jornais. **Opinião Pública**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 97-123, 2007.

MILIBAND, Ralph. **O Estado na sociedade capitalista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

MIRANDA, Alcides Silva. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva: UFBA, 2003.

MULLER NETO, Júlio S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralizaçäo e seus atores. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 54-66, 1991.

NAVARRO, Vicente. Is there a third way? A response to giddens's the third way. **International Journal of Health Services**, Los Angeles, v. 29, n. 4, p. 667-677, 1999.

NAYME NOVELLI, José Marcos. A questão da continuidade da política macroeconômica entre o governo Cardoso e Lula (1995-2006). **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 227-299, 2010.

NEVES, Lucília de Almeida. “Cidadania: dilemas e perspectivas na República brasileira”. **Tempos**. Niterói, v.2, dez., 1997, p.80-102.

NORTH, Douglass C. **Institutions, institutional change and economic performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

NOVAES, Carlos Alberto Marques. Dinâmica institucional da representação: individualismo e partidos na Câmara dos Deputados. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 38, n. p. 99-147, mar. 1994.

O’DONNELL, Guillermo. **Democracia, agência e Estado**: teoria com intenção comparativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

OCKÉ-REIS CO, Santos F. P. **Mensuração dos gastos tributários em saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2011.

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

OCKE-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? **Rev. Econ. Contemp.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, abr. 2006.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; SANTOS, Fausto Pereira dos. **Mensuração dos gastos tributário**s: o caso dos planos de saúde-2003-2011. Brasília, DF: IPEA, 2013. (Texto para Discussão, 1637).

OLIVEIRA, Francisco de. A dominação globalizada: estrutura e dinâmica da dominação burguesa no Brasil. In: BASUALDO, Eduardo M.; ARCEO, Enrique, **Neoliberalismo y sectores dominantes**: tendencias globales y experiencias nacionales. Basualdo. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2006. p. 265-291.

OLIVEIRA, Francisco de. O momento Lênin. **Novos estudos-CEBRAP**, São Paulo, n. 75, p. 23-47, 2006.

OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de; BELTRÃO, Kaizô Iwakami; DAVID, Antonio Carlos de Albuquerque. **A dívida da União com a previdência social**: uma perspectiva histórica. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. (Texto para Discussão, 638).

OLIVEIRA, Gesner; TUROLLA, Frederico. Política econômica do segundo governo FHC: mudança em condições adversas. **Tempo Social**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 195-217, 2003.

OLIVEIRA, Jaime A.; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im)previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989.

OLSEN, J. P. Desenho institucional em contextos democráticos. In: CUNHA, E. S.; THEODORO, H. D. **Desenho Institucional, democracia e participação**: conexões teóricas e possibilidades analíticas. Belo Horizonte: Ed. D'Plácido, 2014. p. 43-74.

OSTROM, Elinor. An Assessment of the Institutional Analysis and Development Framework. In: SABATIER, Paul (Ed.). **Theories of the policy process**. Boulder: Westview Press, 1999. p. 21-64.

OSTROM, Elinor. **Understanding institutional diversity**. Princeton: Princeton University Press, 2009.

OTH, Gabriel. **The private provision of public services in developing countries**. New York: Oxford University Press, 1987.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, 1986.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PALOCCI, Antônio. Dívida Pública mal administrada é inimiga dos programas sociais. In: CARVALHO, E. B. **O financiamento da saúde no Brasil**. São Paulo: Cremesp, 2010. p.21-30.

PARTIDOS DOS TRABALHADORES. Programas de governo de 1989, 1994, 1998 e 2002. Disponível em https://fpabramo.org.br/2010/02/16/programas-de-governo-pt/

PEREIRA, Carlos. A política pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira - 1985-1989. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 63-84, 1996.

PEREIRA, Luiz Carlos B. **Reforma administrativa do sistema de saúde**. Brasília, DF: MARE, 1998.

Pereira, Luiz Carlos Bresser. **As duas fases da história e as fases do capitalismo**. São Paulo: FGV, 2011.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Reforma do Estado para a cidadania**: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34; Brasília, DF: ENAP, 1998.

PETERS, B. Guy. **Institutional theory**: Problems and prospects. Vienna: Intitute for Advanced Studies, 2000.

PETERS, B. Guy. **Institutional theory in political science**: the new institutionalism. Chicago: Bloomsbury Publishing USA, 2011.

PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon; KING, Desmond S. The politics of path dependency: Political conflict in historical institutionalism. **Journal of Politics**, [s. l.], v. 67, n. 4, p. 1275-1300, 2005.

PIERSON, Paul. **Dismantling the welfare state?**: Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

PIERSON, Paul. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. **American Political Science Review**, Los Angeles, v. 94, n. 2, p. 251-267, 2000.

PIERSON, Paul. Public policy as institutions. In: SHAPIRO, Ian; SKOWRONECK, Stephen; GALVIN, Daniel (Ed.). **Rethinking political institutions**: The art of the State. Nova York: New York University Press, 2006. p. 114-131.

PIERSON, Paul. **Politics in time**: History, institutions, and social analysis. Princeton: Princeton University Press, 2004.

PIERSON, Paul; SKOCPOL, Theda. El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**, Montevideo, v. 17, n. 1, p. 7-38, 2008.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

PIOLA, Sérgio F; PAIVA, Andrea Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; SERVO, Luciana Mendes Santos. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Brasília, DF: IPEA, 2013. (Texto para Discussão).

POCHMANN, Márcio. Políticas sociais e padrão de mudanças no Brasil durante o governo Lula. **Revista SER Social**, Brasília, DF, v. 13, n. 28, p. 12-40, 2011.

POLANYI, Karl. **A grande transformação**. São Paulo: Leya, 2013.

POWELL, W. W.; DIMAGGIO, P. J. Estudio introductorio. In: _____. **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago: University of Chicago Press, 1991. p.33-75.

POWER, Timothy. The third way in the third world: Theoretical considerations and a case study of Cardoso's PSDB in Brazil. In: WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL POLITICAL SCIENCE ASSOCIATION, 2000, Quebec. **Analls…** Quebec, 2000.

PRZEWORSKI, Adam. **Capitalismo e social-democracia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

PRZEWORSKI, Adam. **Estado e economia no capitalismo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

REFERÊNCIAS

REIS, Bruno P. W. Modernização, mercado e democracia: política e economia em sociedades complexas. Tese de doutorado em ciência política. Rio de Janeiro, Iuperj, mimeo, 1997.

REIS, Bruno P. W. O Mercado e a Norma: o estado moderno e a intervenção pública na economia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 52, p. 55-79, jun. 2003.

REIS, Carlos Octávio Ocké. O Estado e os planos de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 51, n. 1, p. 124, 2000.

REIS, Fábio Wanderley. Cidadania, mercado e sociedade civil [1994]. In: _____. **Mercado e utopia**. São Paulo: Edusp, 2000. p. 211-225.

REZENDE, Flávio Cunha. Da exogeneidade ao gradualismo. Inovações na teoria da mudança institucional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 113-130, 2012.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 21-43, 2007.

RIBEIRO, P. **Dos sindicatos ao governo**: a organização nacional do PT de 1980 a 2005. 2008. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

RICE, Thomas; ROSENAU, P; UNRUH, LY; BARNES, AJ; SALTMAN RB; VAN GINNEKEN, E.. United States of America: health system review. **Health Systems in Transition**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 1-431, 2012.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. Tese (de Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RODRIGUES MARTINS, Leôncio. Partidos, ideologia e composição social. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 31-47, 2002.

ROLAND, Gérard. **Understanding institutional change**: fast moving and slow moving institutions. [S. l.]: Unpublished paper, 2005.

ROMA, Celso. A institucionalização do PSDB: entre 1988 e 1999. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 71-92, 2002.

ROMA, Celso. Organizaciones de partido en Brasil: el PT y el PSDB bajo perspectiva comparada. **América Latina Hoy**, Salamanca, v. 44, p. 153-184, 2006.

ROMANO, Cátia Maria Costa; SCATENA, João Henrique Gurtler. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 439-458, abr. 2014.

SALLUM JR., Brasilio. O Brasil sob Cardoso: neoliberalismo e desenvolvimentismo. **Tempo Social**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 23-47, 1999.

SALTMAN, Richard B.; BERGMAN, Sven-Eric. Renovating the commons: Swedish health care reforms in perspective. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Durham, v. 30, n. 1-2, p. 253-276, 2005.

SALVADOR, Evilasio. O controle democrático no financiamento e gestão do orçamento da Seguridade Social no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 40-51, 2012.

SAMPAIO FERRAZ, Alexandre. Novos rumos do sindicalismo no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 29, n. 86, p. 109-123, 2014.

SANCHÉZ, Raul Christiano. **De volta ao começo!**: raízes de um PSDB militante, que nasceu na oposição. Brasília, DF: Geração Editorial, 2003.

SANTOS, Fausto Pereira dos. **A regulação pública da saúde no Brasil**: o caso da saúde suplementar. 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Faculdade União de Campo Mourão, Campo Mourão, 2006.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A regulaçã**o** na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, 2008.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, out. 2008.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, set. 2004.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, 2009.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Conjuntura atual: instigando a busca de rumos e o que fazer. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 353-364, 2017.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, jan. 2013.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: política social na ordem brasileira.** Rio de janeiro: Campus, 1979.

SATYRO, Natália Guimarães Duarte; CUNHA, Eleonora Schettini Martins. The path of Brazilian social assistance policy post-1988: the significance of institutions and ideas. **Bras. Political Sci. Rev.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 80-108, 2014.

SCHEFFER, Mário. **Os planos de saúde nos tribunais**: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, mar. 2013.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 947-956, set. 2011.

SCHMITTER, Philippe. Still the Century of Corporatism? **The Review of Politics**, Cambridge, v. 36, n 1, p. 85-131, 1974.

SCHNEIDER, Ben Ross. **O Estado desenvolvimentista no Brasil**: perspectivas históricas e comparadas. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/ bitstream/11058/2034/1/TD_1871.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2014.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, maio 2013.

SHEPSLE, Kenneth A. Old questions and new answers about institutions: the riker objection revisited. In: WITTMAN, Donald A.; WEINGAST, Barry R. **The Oxford handbook of political economy**. Oxford: [s. n.], 2006. p. 1031-1050.

SHUGART, Matthew Soberg; CAREY, John M. **Presidents and assemblies: Constitutional design and electoral dynamics**. Cambridge University Press, 1992.

SILVA, Giovanni Gurgel Aciole da. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface (Botucatu**), Botucatu, v. 10, n. 19, p. 7-24, jun. 2006.

SILVA, Hudson Pacifico. **Regulação econômica do mercado de saúde suplementar no Brasil**. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SINGER, André. A segunda alma do Partido dos Trabalhadores. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, n. 88, p. 89-111, nov. 2010.

SINGER, André. Raízes sociais e ideológicas do Lulismo. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, n. 85, p. 83-102, nov. 2009.

SKOCPOL, Theda. Bringing the state back in: strategies of analysis in current research. In: EVANS, P.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (Org.). **Bringing the state back in**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p. 3-37.

SKOCPOL, Theda. Bringing the State back in: Retrospect and prospect. **Scandinavian Political Studies**, Hoboken, v. 31, n. 2, p. 109-124, 2008.

SKOCPOL, Theda; AMENTA, Edwin. Did capitalists shape social security? **American Sociological Review**, Washington, DC, v. 50, n. 4, p. 572-575, 1985.

SMITH, A. **A riqueza das nações**: investigação sobre sua natureza e suas causas. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, mar. 2014.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 24-45, dez. 2006.

SOUZA, Rodrigo Mendes Leal de. **O mercado de saúde suplementar no Brasil**: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. Brasília, DF: IPEA, 2015.

STREECK, Wolfgang; THELEN, Kathleen A. Introduction: Institutional change in advanced political economies. In: STREECK, Wolfgang; THELEN, Kathleen A. **Beyond continuity**. Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 1-39.

TAPIA, Jorge R. B.; GOMES, Eduardo R. Idéias, interesses e mudanças institucionais. **Tempo Social**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 240, 2008.

TARONI, F.; GUERRA, R.; D'AMBROSIO, M. G. The health care reform in Italy: transition or turmoil. **Journal of Health and Human Services Administration**, Randallstown, v. 20, n. 4, p. 396-422, 1998.

TEIXEIRA, Rodrigo Alves; PINTO, Eduardo Costa. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Economia e Sociedade**, Campinas**,** v. 21, n. 4, p. 909-941, 2012.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: um passo adiante ou dois atrás? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 48-58, 1985.

TEMPORÃO, José Gomes. **Discurso de posse do Dr. José Gomes Temporão no cargo de Ministro da Saúde em 19 mar. 2007**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq5068.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2009. 2007. 2007.

THELEN, Kathleen. **How institutions evolve**: The political economy of skills in Germany, Britain, the United States, and Japan. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

THELEN, Kathlen; STEINMO, Sven. Historical institutionalism in comparative politics. In: STEINMO, Sven; THELEN, Kathlen; LONSTRETH, Frank (Ed.). **Structuring politics**: historical institutionalism in comparative analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. p. 1-32.

THEURL, Engelbert. Some aspects of the reform of the health care systems in Austria, Germany and Switzerland. **Health Care Analysis**, London, v. 7, n. 4, p. 331-354, 1999.

THOMAS, Clive S. **Research Guide to U.S. and International Interest Groups**. Westpost: Praeger Publishers, 2004.

TITELMAN, Daniel; UTHOFF, Andras; JIMENEZ, Luis Felipe. Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 8, n. 1-2, p. 112-117, Aug. 2000

TITMUSS, Richard Morris. **Social policy**. London: Allen & Unwin, 1974.

TRAVASSOS, Claudia; DE OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco; FERNANDES, Cristiano; ALMEIDA, Célia Maria. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRUE, J.; JONES, B.; BAUMGARTNER, F. Explaining Stability and Change in Public Policymaking. In: SABATIER, Paul A. (Ed.). **The theories of the policy process**. Bouder, Colorado: Westview Press, 2007.

TRUMAN, David. **The governmental process**: political interests and public opinion. New York: Knopf, 1951.

TSEBELIS, George. Decision making in political systems: Veto players in presidentialism, parliamentarism, multicameralism and multipartyism. **British Journal of Political Science**, Cambridge, v. 25, n. 3, p. 289-325, 1995.

TSEBELIS, George. Decision making in political systems: Veto players in presidentialism, parliamentarism, multicameralism and multipartyism. **British journal of political science**, v. 25, n. 3, p. 289-325, 1995.

UGÁ, Márcia Alícia; PORTO Silvia Marta, PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Editora FIOCRUZ, 2012. p. 395-425.

VACCA, Giuseppe. Estado e mercado, público e privado. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 151-164, 1991.

VAINER, Bruno Zilberman. Breve histórico acerca das constituições do Brasil e do controle de constitucionalidade brasileiro. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 161-191, 2010.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes. **The struggle over a national health care system**: the movimento sanitário and health policy-making in Brazil: 1960-1990. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1996.

VASCONCELOS, L. L. C. **Os atores sociais e a atenção à saúde no setor suplementar**: organização da atenção, dados assistenciais e qualificação. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

VIANA, A. L. D. Financiamento da saúde: impasses ainda não resolvidos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 599-612, 2011.

VIANNA, L. **A modernização brasileira e a política burguesa cinzenta**: entrevista especial. São Leopoldo: Unisinos, 2012.

VIANNA, Luiz Werneck. **A transição**: da Constituinte à sucessão presidencial. Rio de Janeiro: Revan, 1989.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. As batatas de Pirro: comentários sobre as regras institucionais, constrangimentos macroeconômicos e inovação do sistema de proteção social brasileiro nas décadas de 1990 e 2000. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009.

VIANNA, Solon Magalhães. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha dos recursos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992.

VIEIRA, Cristine. **Políticas governamentais e planos privados de assistência odontológica no Brasil**. 2012. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

WEINGAST, Barry R. Political institutions: rational choice perspectives. In: GOODIN, Robert E.; KLINGEMANN, Hans-Dieter. **A new handbook of political science.** Oxford: University Press, 1996. p. 167-190.

WEIR, Margaret. When does politics create policy? The organizational politics of change. In: SHAPIRO, Ian; SKOWRONECK, Stephen; GALVIN, Daniel (Ed.). **Rethinking political institutions**: The art of the State. Nova York: New York University Press, 2006. p. 171-186.

WEIR, Margaret. **Politics and jobs**: The boundaries of employment policy in the United States. Princeton: Princeton University Press, 1993.

YATES, Rob. Universal health care and the removal of user fees. **The Lancet**, London, v. 373, n. 9680, p. 2078-2081, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1 – Roteiro das Entrevistas

1. Após quase três décadas de institucionalização do SUS, é possível apreciar importantes inovações no desenho da política de saúde brasileira. Porém a literatura especializada na área aponta para alguns relevantes impasses. Qual a sua opinião sobre isso? Por gentileza, cite alguns fatos que justifique a sua resposta.

2. Você identifica atores (individuais ou coletivos) importantes para a tentativa de superação e ou persistência dos problemas de financiamento do SUS? Se sim, quais seriam esses atores, como eles agiam e quais alianças eles compuseram para alcançar os seus objetivos?

3. Você identifica atores (individuais ou coletivos) relevantes para a consolidação da saúde suplementar no Brasil? Se sim, quais seriam esses atores, como eles agiam e quais alianças eles compuseram para alcançar os seus objetivos?

4. Como você definiria a política de saúde no governo FHC e no governo Lula? Na sua opinião, quais são as principais diferenças e semelhanças entre os dois governos?

5. Você considera que as variações ministeriais nos governos de FHC e Lula afetaram a política de saúde? Se sim, como? Se não, por quê?

6. Como você definiria a posição do PT e do governo Lula em relação ao SUS e ao mercado da Saúde Suplementar? Por gentileza, descreva algumas circunstâncias que justifique a sua opinião.

ANEXO 2 – Lista das Entrevistas

Os entrevistados atuaram em múltiplos espaços durante o período estudado (governo, partido, universidade, associações, etc.). Para preservar a identidade dos informantes, destaca-se apenas a função em destaque para a pesquisa.

ENTREVISTADO 1	Conselheiro Nacional de Saúde
ENTREVISTADO 2	Dirigente da ANS
ENTREVISTADO 3	Conselheiro Nacional de Saúde
ENTREVISTADO 4	Assessor do Ministério da Saúde / CONASEMS
ENTREVISTADO 5	Representante da UNIDAS /Autogestão
ENTREVISTADO 6	Administrador de Operadoras de Planos de Saúde / Autogestão
ENTREVISTADO 7	Diretor da ANS /Governo Lula
ENTREVISTADO 8	Diretor da ANS /Governo FHC
ENTREVISTADO 9	Representante e Assessor do CONASS / FHC e LULA
ENTREVISTADO 10	Conselheiro Nacional de Saúde / Assessor do Ministério da Saúde
ENTREVISTADO 11	Presidente de Operadoras de Planos de Saúde / LULA
ENTREVISTADO 12	Representante CONASEMS
ENTREVISTADO 13	Dirigente do Ministério da Saúde / Governo Lula
ENTREVISTADO 14	Assessor CONASS/ Assessor do Ministério da Saúde
ENTREVISTADO 15	Equipe do Ministério da Saúde / Governo Lula
ENTREVISTADO 16	Equipe do Ministério da Saúde / Governo FHC
ENTREVISTADO 17	Administrador de Operadoras de Planos de Saúde / UNIMED
ENTREVISTADO 18	Equipe do Ministério da Saúde / Governo Lula
ENTREVISTADO 19	Equipe do Ministério da Saúde / Governo Lula
ENTREVISTADO 20	Representante da FENASAÙDE