
SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Planos de Saúde, interesses no Poder Legislativo e ameaças ao direito público

Health Plans, interests in Legislative Power
and threats to public law

Laila Talita da Conceição Costa¹

Raquel Cavalcante Soares²

Resumo: O presente artigo consubstancia parte dos achados de pesquisa cuja temática central foram os planos de saúde e a representação de interesses no Poder Legislativo brasileiro. O principal objetivo é analisar os interesses dos planos privados de assistência à saúde, suas determinações e mediações no âmbito do Poder Legislativo federal, no período 2011-2016. Para empreender esta análise, nos fundamentamos na teoria social crítica marxiana e como procedimentos metodológicos utilizamos levantamento

1 Assistente Social, Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: costalaila89@gmail.com.

2 Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Associada do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). quelcsoares@gmail.com.

bibliográfico e análise qualitativa de proposições legislativas de autoria dos deputados federais que receberam financiamento privado de campanha, proveniente das empresas de planos privados de assistência à saúde, nas eleições de 2010 e 2014, e cuja temática das proposições se vinculava aos tipos de planos coletivos empresariais. Também realizamos pesquisa de dados secundários sobre a temática. Concluimos analisando as ameaças dos interesses dos planos de saúde sobre o direito público à saúde.

Palavras-chave: planos e seguros privados de assistência à saúde; Poder Legislativo federal; financiamento privado de campanha.

Abstract: This article is part of the research findings whose central theme was health plans and the representation of interests in Brazilian legislative power. The main objective is to analyze the interests of private health care plans, their determinations and mediations within the scope of the Federal Legislative Branch in the period 2011-2016. In order to undertake this analysis, we are based on Marxian critical social theory and as methodological procedures we use bibliographical survey and qualitative analysis of legislative proposals authored by Federal Deputies who received private campaign funding from private healthcare companies in elections of 2010 and 2014, and whose proposal theme was linked to the types of corporate collective plans. We also conduct research on secondary data on the subject. We conclude by analyzing the threats of the interests of the health plans on the public right to health.

Keywords: Private health insurance plans and insurance; federal legislative power; private campaign funding.

Resumen: El presente artículo consubstancia parte de los hallazgos de investigación cuya temática central fueron los Planes de Salud y la representación de intereses en el Poder Legislativo brasileño. El principal objetivo es analizar los intereses de los planes privados de asistencia a la salud, sus determinaciones y mediaciones en el ámbito del Poder Legislativo Federal, en el período 2011-2016. Para emprender este análisis, nos basamos en la teoría social crítica marxiana y como procedimientos metodológicos utilizamos la recopilación bibliográfica y el análisis cualitativo de “Proposições Legislativas” de autoría de los Diputados Federales que recibieron financiamiento privado en campaña política, proveniente de las empresas de planes privados de asistencia a la salud, en las elecciones de 2010 y 2014, y cuya temática de las Proposiciones se vincula a los tipos de planes colectivos empresariales; asimismo, realizamos investigación de datos secundarios sobre la misma temática. Concluimos analizando las amenazas de los intereses de los planes de salud sobre el derecho público a la salud.

Palabras clave: Planes y seguros privados de asistencia a la salud; el poder legislativo federal; financiación privada de campaña.

Introdução

Ao longo dos anos 2000, identificou-se um considerável aumento no número de contratações de planos privados de assistência à saúde, chegando em 2014, seu último período de crescimento, à marca de 50 milhões de beneficiários. Ao mesmo tempo, os elevados investimentos das empresas de planos privados de assistência à saúde nas campanhas eleitorais dos candidatos aos cargos parlamentares confluíam com uma constante situação de defesa a esse mercado no Poder Legislativo, perpassadas, por sua vez, em variadas proposições legislativas e ações dos parlamentares eleitos.

Essa estratégia de dominação ou de influência na conduta dos parlamentares foi utilizada fortemente pelas empresas de planos privados de assistência à saúde nas eleições de 2010 e 2014, evidenciando que há elos bastante estreitos desse setor empresarial com o Poder Legislativo (SCHEFFER; BAHIA, 2013; 2015) e que podem se expressar numa concessão de favores, vantagens, ou representação privilegiada dos interesses desse mercado da saúde privada, em detrimento da formulação de leis que garantam o direito à saúde pública.

O presente artigo, portanto, tem como principal objetivo analisar os interesses dos planos privados de assistência à saúde, suas determinações e mediações no âmbito do Poder Legislativo, no período de 2011 a 2016, particularmente no que se refere às necessidades de expansão desse mercado.

Para isso, além de nos fundamentarmos na teoria social crítica, empreendemos um processo de pesquisa de natureza qualitativa em que realizamos a reconstrução teórico-metodológica do objeto de estudo, pesquisa de dados secundários sobre a temática – principalmente sobre dados publicizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e pesquisas já publicadas – levantamento e análise de Projetos de Lei (PLs) e Propostas de Emenda à Constituição (PECs) de autoria dos deputados federais que receberam financiamento de campanha dos planos privados de assistência à saúde, nas eleições de 2010 e 2014. Os documentos analisados, durante a pesquisa, foram apresentados à Câmara dos Deputados durante os

anos de 2011 a 2016, visto que a legislatura 2014-2018 ainda estava em seu segundo ano de vigor.

Os PLs e PECs foram extraídos do sítio eletrônico da Câmara dos Deputados a partir de uma busca pelas palavras-chave “saúde” e “assistência médica”. Após a leitura dos documentos, foram selecionados apenas os que tratam especificamente dos planos privados de assistência à saúde e que estão vinculados aos planos coletivos empresariais, tipo de contratação que mais cresceu no setor suplementar de saúde em termos de quantidade de usuários.

A partir desses critérios, o universo da pesquisa corresponde a dois PLs e uma PEC, em que se buscou analisar a natureza dos interesses de classe representados, com base no método materialista histórico e dialético. Seguiu-se uma rota de aproximação a partir, inicialmente, da seguinte questão: em que medida os interesses analisados atendem às demandas particularistas das frações de classe burguesas representadas pelos planos privados de assistência à saúde?

A apresentação do conjunto da nossa análise está estruturada em quatro partes, em que discutimos inicialmente os interesses burgueses e seus traços na política de saúde; logo após, apresentamos algumas características do mercado de planos privados de assistência à saúde; e, na terceira parte, analisamos o que chamamos de demandas particularistas desse mercado privado no Poder Legislativo federal brasileiro. Por fim, realizamos as análises conclusivas considerando as consequências restritivas ao direito à saúde.

Os interesses burgueses na saúde

A valorização do mercado de planos privados de assistência à saúde contou com o aparato do Estado brasileiro desde o seu surgimento, sendo esse processo intensificado com a *contrarreforma* do Estado na década de 1990, mesmo após o recém-criado direito universal à saúde, estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

Para compreender a presença constante dos interesses privados do grande capital na área da saúde, faz-se imprescindível a categoria ontológica marxiana de classe social. Marx (2008) identificou que

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

No entanto, com o desenvolvimento e amadurecimento do capitalismo, Gramsci desvela a sociedade civil como um momento do próprio Estado (sociedade política), correspondendo à sua ampliação para além do uso da coerção e atuando na esfera onde as classes se organizam para defender seus interesses e colocam em disputa projetos societários antagônicos (MARA, 2016). Diante do surgimento da sociedade civil, também pode-se perceber a forma corporativa de representação de interesses, em que os interesses representados passam a ser de corporações particulares, entendidas como várias pequenas elites representativas de múltiplos interesses que concorrem entre si. (COUTINHO, 1995).

Nessa perspectiva, são os aparelhos privados – instituições pertencentes às elites econômicas e políticas –, que ajudam a construir o consenso através da hegemonia que exercem no seio da sociedade civil. Essas instituições cumprem o papel de perpetuação da forma social dominante pela redução da contradição, em diferenças passíveis de normalização e repressão, e das classes aos indivíduos. (DIAS, 2006).

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

Nos governos FHC, o debate sobre a regulamentação dos planos privados de assistência à saúde crescia alinhado com o debate

nacional de maior regulação dos mercados, e em meio às reformas institucionais que visavam a modernização da estrutura regulatória do Estado, consubstanciadas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PRDE), elaborado em 1995, pelo Ministério de Administração e Reforma do Estado (Mare). “O plano previa a criação de agências reguladoras para os setores responsáveis pelo provimento dos serviços públicos e impulsionou [...] a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei nº 9.961, de 20 de janeiro de 2000”. (MENICUCCI, 2003, p. 273).

De modo geral, pode-se afirmar que todos os governos, desde Collor de Mello, passando por Fernando Henrique Cardoso (FHC), Lula da Silva e Dilma Rousseff, estimularam o mercado privado da saúde e, em particular, a expansão dos planos privados de assistência à saúde. Principalmente a partir de FHC, esse estímulo se deu via parceria público-privada no âmbito da gestão dos serviços; pelas contínuas isenções fiscais do setor – o montante de isenções referente aos planos de saúde alcançou 6,1 bilhões, em 2003, e R\$ 12,5 bilhões, em 2015 (OCKÉ-REIS, 2018) –; bem como pelo subfinanciamento crônico da política de saúde brasileira.

Sem dúvida que o subfinanciamento da política de saúde e sua consequente focalização e precarização constituiu-se estratégia fundamental para a expansão do mercado privado da saúde. Mesmo no auge do novo desenvolvimentismo,³ nos governos dos presidentes Lula da Silva e Dilma Rousseff, com expansão do PIB e expansão em termos absolutos do orçamento da saúde, o subfinanciamento persistiu:

[...] o gasto público *per capita* do Brasil, em 2011, corrigido pela Paridade do Poder de Compra (PPP3), foi de 476,65 dólares, contra 3.182,08 do Canadá, 2.238,18 da Espanha, 3.133,96 da França, 2.747,29 do Reino Unido. O Brasil possui, ainda, um gasto

3 A crise do neoliberalismo, no final dos anos 1990, abriu caminho para governos progressistas na América Latina. No Brasil, as mudanças no cenário político e econômico tiveram início a partir do governo Lula da Silva, através do chamado projeto neodesenvolvimentista, indicando para o capitalismo brasileiro o desafio de crescimento interno por meio do setor produtivo – mais especificamente, dos setores da agroindústria, recursos naturais e indústria de transformação no segmento de baixa densidade tecnológica –, em um contexto mundial capitalista de acumulação financeira. (BOITO JR., 2012).

per capita, quando utilizada a correção pela PPP, menor que o da Argentina, do Chile e do Uruguai. (SOARES; SANTOS, 2014, p. 18).

Ainda segundo Soares & Santos (2014), a média de investimento público dos governos FHC, Lula da Silva e Dilma Rousseff foi de 1,7% do PIB. A expansão limitada ou restrita do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOARES, 2010) está articulada, por sua vez, à contínua expansão do mercado de planos de saúde. De fato, em dezembro de 2000, no governo FHC, havia 30.966.522 beneficiários de planos de saúde e, em 2014, na gestão Dilma, mais de 50,3 milhões.

Contudo, com a crise econômica que se expressa de forma mais grave a partir de 2015, as necessidades do grande capital sobre o fundo público brasileiro se ampliaram. Esse cenário, desenrolado em meio à crise do projeto neodesenvolvimentista, marcada pelas buscas da burguesia pelo aumento das taxas de lucro e pela redução dos custos com os trabalhadores – flexibilização dos direitos trabalhistas e redução das políticas sociais –, foi agravado pelo *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, em 2016. Não mais interessada no projeto neodesenvolvimentista, a ofensiva restauradora do grande capital internacional e da fração da burguesia brasileira a ele associada, encontrou, então, caminho livre para avançar, dando início ao Golpe de Estado (midiático-jurídico-parlamentar), que levou à Presidência do Brasil o vice-presidente Michel Temer.

Nesse cenário político-econômico é estabelecido novo regime fiscal, que prevê o congelamento dos gastos públicos sociais, através da EC 95/2016, ameaçando o conjunto das políticas sociais. Na saúde, as mudanças no regime fiscal implicam a perda acumulada de, aproximadamente, R\$ 654 bilhões, nos 20 anos de vigência da EC, além da desvinculação da despesa federal com saúde de percentuais progressivos da Receita Corrente Líquida (RCL) (conforme EC 86/2015) (COSEMS, 2016). Logo após tais medidas, o Ministério da Saúde encaminhou à ANS propostas de planos privados de assistência à saúde com coberturas restritas, elaboradas por mais de 20 instituições ligadas à saúde suplementar, como a Abramge, a Unimed e a CNseg, além de representantes da própria agência reguladora, a ANS.

A partir de então, a ofensiva das classes burguesas sobre o Estado e o conjunto de direitos sociais da classe trabalhadora, dentre estes o direito à saúde, configurou-se ainda maior, caracterizando, assim, uma nova fase da contrarreforma na política de saúde. Nessa nova fase, há uma defesa explícita da redução do tamanho do SUS e um alinhamento expressivo com o setor privado da saúde, em suas diversas frações e corporações, em especial com os planos de assistência à saúde.

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

Características do mercado de planos privados de assistência à saúde

Expressivo nos serviços de saúde do Brasil, em dezembro de 2016, o setor de planos privados de assistência à saúde contava com 48,5 milhões de vínculos de beneficiários⁴ (BRASIL, 2017a), o que corresponde a uma cobertura de, aproximadamente, 23,5% da população brasileira.

Grande parte dos contratos de planos privados de assistência à saúde é de tipo coletivo-empresarial firmado por pessoa jurídica – ofertado por empresas privadas aos seus funcionários – e são oriundos, principalmente, dos estados com maior renda e maior oferta de emprego formal e de serviços de saúde, situação encontrada na região Sudeste do país. Para Mário Scheffer, em entrevista concedida à revista *Radis*, associada a este perfil de contratos está a diminuição no número de beneficiários, observada a partir de 2015, em razão da crise econômica aprofundada em 2014, que atingiu o mercado formal de trabalho brasileiro. (DOMINGUEZ, 2017).

4 A contagem da Agência Nacional de Saúde (ANS) não inclui os usuários dos planos de assistência à saúde públicos, administrados pelos institutos de previdência estaduais, municipais e militares.

A oferta dos planos é feita através de operadoras autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que executam os serviços de acordo com o seu estatuto jurídico e se classificam nas modalidades: medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão, seguradora especializada em saúde, administradora e filantrópica, sendo as quatro primeiras consideradas principais em número de beneficiários (BRASIL, 2016). As diferentes modalidades também se organizam em torno de grupos corporativos, como a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), a Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg), a Federação Nacional de Cooperativas Médicas (Fencom), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e a Unimed do Brasil – responsável pela manutenção dos interesses do maior sistema de cooperativas médicas do mundo.

Os grupos corporativos tiveram importante participação na formulação da legislação que regulamenta a saúde suplementar (Lei n. 9.656/98) (BAHIA, 1999). Mas, embora as corporações possuam um denominador comum no que se refere à busca por lucratividade pela exploração de serviços privados na saúde, elas nem sempre conformam um bloco homogêneo.

No que se refere à lucratividade das empresas, chama a atenção as receitas das seguradoras que somaram R\$ 36 bilhões, no ano de 2016, sendo a Bradesco a líder de faturamento. No mesmo período, as seguradoras de saúde chegaram a representar o maior montante de faturamento no mercado de seguros (SINDICATO, 2016), revelando-se como um importante alimento ao capital portador de juros.

De acordo com Scheffer e Bahia (2011), também são complexos os dispositivos acionados no âmbito do Poder Legislativo para proteger e favorecer a atuação de organizações e empresas privadas que atuam no setor de saúde no Brasil, e que influenciam na definição das políticas e nas legislações setoriais. Dentre eles, destacamos o investimento dos planos privados de assistência à saúde nas campanhas eleitorais, através do financiamento privado, realizado de maneira legal até às eleições de 2014, e que se configuram como centrais para o presente artigo.

Com o apoio financeiro dos planos de saúde, tomaram posse, em 2011, 38 deputados federais, sendo dez reeleitos que também haviam recebido apoio nas eleições de 2006. Também foram eleitos 26 deputados estaduais, 3 senadores, 4 governadores e a presidente da República Dilma Rousseff. (SCHEFFER; BAHIA, 2013).

Nas eleições de 2014, o volume de recursos doados foi quase 5 vezes maior do que o investido na campanha de 2010, repassados a 23 partidos e 131 candidatos. Os R\$ 54.902.441,22 doados foram provenientes de 40 empresas, algumas com doações acima de R\$ 5 milhões. (SCHEFFER; BAHIA, 2015).

Compreendemos, portanto, que o cenário de crescimento do mercado de planos privados de assistência à saúde, ao longo dos anos 2000, bem como a sua retração com o aprofundamento da crise e aumento do desemprego, em 2014, também contribuiu para a configuração de um mosaico de interesses desse segmento da saúde privada, no âmbito do Poder Legislativo (BAPTISTA, 2012). Assim, que potenciais demandas particularistas dos planos privados de assistência à saúde, os parlamentares eleitos com o financiamento privado de campanha das empresas do setor, transformaram em proposições legislativas, particularmente no que se refere à expansão desse mercado?

As demandas particularistas dos planos privados de assistência à saúde no Poder Legislativo

Para a pesquisa, foram selecionados Projetos de Lei (PLs) e Propostas de Emenda à Constituição (ECs) de autoria de deputados federais que receberam financiamento de campanha dos planos privados de assistência à saúde e foram eleitos nas eleições de 2010 e 2014. As proposições analisadas tratam especificamente dos planos privados de assistência à saúde que estão vinculadas aos tipos de planos coletivos empresariais, visto que este é o tipo de contratação predominante no setor.

Diante disso, o universo da pesquisa corresponde a três proposições, sendo 2 PLs e 1 PEC, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Proposições legislativas que tratam das contratações coletivas empresariais dos planos privados de assistência à saúde

Proposições legislativas		
Proposição/ Ano	Autoria	Conteúdo
PEC 451/2014	Deputado Eduardo Cunha	Inclui como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica.
PL 4.043/2015	Deputado Marcelo Belinati	Dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde, no que diz respeito ao direito de aposentados, nas mesmas condições de quando estavam empregados.
PL 5.532/2016	Deputado Mendes Thame	Estabelece que os empregados demitidos sem justa causa e os aposentados que se desligam da empresa podem continuar usufruindo do plano de saúde, desde que assumam o pagamento integral do valor total pago anteriormente pela empresa.

Fonte: Elaboração própria, 2017.

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

Em uma análise inicial, foi possível encontrar nos três documentos, argumentos que sugerem alterações na Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF-88) ou na Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, tomando como justificativa a defesa do direito à saúde dos trabalhadores.

A Constituição Federal é uma expressão concreta do embate hegemônico entre as classes antagônicas. Constitui-se como um pacto social utilizado no cotidiano para conformar as perspectivas classistas, e que se caracteriza como uma forma de regulação dos conflitos de classe, tanto na sua utilização pelos subalternos na tentativa de limitação do abuso dos dominantes, como também podem funcionar como uma arma poderosa de conservação e limite às transformações sociais (DIAS, 2006). É, nesse contexto, que a inclusão do artigo 196, que institui o direito público e universal à saúde, representa, no terreno da luta política, uma limitação da capacidade de dominação das classes burguesas.

Mas, é também, nesse cenário, que se situa a participação dos intelectuais formados pelos saberes das classes dirigentes e que, normal-

mente, “se apresentam como desenraizados, autônomos em relação às classes, como força social separada”, mas atuam produzindo e reproduzindo as necessidades e soluções capitalistas. (DIAS, 2006).

Assim são tecidas as críticas ao artigo 196 da CF-88, realizadas pelo ex-deputado federal Eduardo Cunha, através da PEC 451/2014:

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

O autor, então, sugere que o art. 7º da Constituição, que estabelece direitos aos trabalhadores urbanos e rurais, passe a vigorar acrescido do inciso XXXV: “plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica”. (BRASIL, 2014).

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

Segundo Scheffer e Bahia (2015), Eduardo Cunha recebeu da empresa Bradesco Saúde um valor de R\$ 250 mil, destinados ao financiamento da campanha eleitoral de 2014. A Bradesco Saúde é uma empresa do grupo Bradesco Seguros e atua no mercado privado

da saúde desde 1984, com um público majoritariamente vinculado aos contratos coletivos.

De fato, o referido autor da propositura caracteriza-se como um intelectual orgânico das classes dominantes, que possui, nos termos de Dias (2006), clareza da correlação de forças na sociedade e de como transformar a subjetividade das classes, partidos, sindicatos e grupos, em realidade. Ou seja, de como se apropriar, ainda que parcialmente, das demandas dos trabalhadores para favorecer as demandas particulares das empresas privadas de saúde.

No que se refere ao PL 4.043/2015, do deputado federal Marcelo Belinati, e o PL 5.532/2016, do deputado federal Mendes Thame, são observadas propostas de alterações nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, visando à garantia da continuidade da cobertura dos planos privados de assistência à saúde aos trabalhadores demitidos sem justa causa, exonerados e aposentados, desde que assumam o pagamento integral do valor pago anteriormente pela empresa, quando empregados.

É possível afirmar que a defesa dos parlamentares pela manutenção do vínculo desse grupo de trabalhadores aos planos privados de assistência à saúde também está de acordo com as reivindicações das entidades de representação sindical – consideradas neste trabalho como “reativas”, dada a conjuntura de perdas de direitos, nos termos de Pina, Castro e Andreazzi (2006). Nesse sentido, é exemplar o documento emitido em 2011, pelo Fórum das Centrais Sindicais em Saúde do Trabalhador, que se posicionou contra qualquer alteração da Lei nº 9.656/98, que prejudique os aposentados, demitidos e exonerados, subtraindo os direitos já garantidos. (CONTRAF, 2011).

Entretanto, não há, nessas propostas, sugestões de regulação desses contratos, uma vez que os planos coletivos empresariais não são atingidos pelas normas da Agência Nacional de Saúde (ANS), tampouco se referem às dificuldades dos usuários em arcar com os valores cobrados para acesso aos planos. Os PLs reforçam a responsabilidade dos trabalhadores em assumirem seus custos e de seus familiares com a assistência à saúde.

De acordo com Scheffer e Bahia (2013, 2015), os deputados Mendes Thame e Marcelo Belinati receberam financiamento privado de campanha da Federação das Unimeds do Estado de São Paulo (Fesp), no valor de R\$ 50.000,00 e da Federação das Unimeds do Estado do Paraná, no valor de R\$ 15.000,00, respectivamente.

A orientação para o acesso aos serviços de saúde, através da dinâmica dos indivíduos no mercado formal de trabalho, põe em risco os processos e estruturas sociais que levaram à atual configuração do direito à saúde para a cidadania, transformando-os em direito à saúde pelo consumo (JURCA, 2013). De modo tendencial, é incorporada a defesa do acesso à saúde como uma mercadoria e a naturalização desse acesso através do mercado de planos privados de assistência à saúde, convertendo as responsabilidades do âmbito estatal e os problemas sistêmicos da política de saúde em responsabilidades individuais do “cidadão-consumidor”. (MOTA, 1995).

Nesse cenário, a racionalidade do mercado de planos privados de assistência à saúde mostra-se bem mais complexa do que a superficialidade presente nas propostas legislativas analisadas, colocando em risco a universalidade e a gratuidade do SUS, através da estratificação dos usuários do sistema em beneficiários mútuos das redes privadas e pública de saúde – os cidadãos-consumidores – e de uma tendência à focalização da assistência governamental na população mais pobre e sem inserção no mercado formal de trabalho, além do fenômeno da “segunda porta” ou “fila dupla”⁵ do SUS. (TEIXEIRA; PATRÍCIO, 2011).

Vale salientar, entretanto, que a atuação do mercado de planos privados de assistência à saúde no Poder Legislativo encontra resistências populares – a exemplo das lutas empreendidas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) –, e não se configura como um

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

processo de fácil adesão e de consenso no terreno da luta política entre os interesses das classes antagônicas.

Considerações finais

Os direitos sociais no Brasil, dentre eles o direito à saúde, estão inseridos numa dinâmica de disputa de interesses antagônicos das classes em luta pela hegemonia de seus projetos societários. Por meio de parlamentares da Câmara dos Deputados, as empresas de planos privados de assistência à saúde tiveram seus interesses transformados em proposições legislativas, que podem vir a se tornar Emendas Constitucionais e Leis Federais.

Nesse contexto, destacamos que os representantes políticos, intelectuais das classes burguesas, comumente se apresentam como desenraizados e autônomos em relação aos antagonismos de classes, mas atuam reproduzindo as necessidades e interesses capitalistas. Assim como as lutas da classe trabalhadora por melhorias nas condições de vida foram, em parte, assimiladas no processo de reciclagem da hegemonia burguesa brasileira (pelo consenso), transformando o atendimento parcial dos interesses das classes dominadas em estratégias de favorecimento às demandas da iniciativa privada burguesa.

De modo tendencial, põe-se em risco a garantia universal do direito à saúde quando a orientação estatal para o seu acesso passa a se vincular à dinâmica dos indivíduos inseridos no trabalho formal, a quem é resguardado o direito de usufruto da saúde através do mercado de planos privados de saúde. Nesse caso, a utilização e a qualidade dos serviços ficam limitadas pelos contratos e atreladas à capacidade de pagamento dos cidadãos-consumidores, na contramão do atendimento às necessidades de saúde em sua totalidade.

Na outra ponta, resta a focalização da assistência pública na parcela de trabalhadores desempregados ou que estão em ocupações sem carteira assinada, atualmente contabilizados em mais de 13 e 32 milhões, respectivamente (IBGE, 2019a, 2019b), e nos “clientes” que não interessam ao mercado, como pacientes com doenças crônicas que requerem tratamentos de alto custo.

Observa-se também o fortalecimento de uma retórica antiSUS, apoiada em uma política de Estado de contenção de gastos e que tem por finalidade a isenção da responsabilidade estatal na materialização da política de saúde, de maneira que esta tem sido conduzida pelos caminhos da lucratividade em favor da iniciativa privada. Por fim, há uma apropriação do direito à saúde de forma a refuncionalizá-lo segundo a lógica do mercado, numa concepção de acesso via consumo. Assim, reforça-se a negação do direito público universal através da afirmação do direito ao consumo.

Artigo submetido em 30/06/2019

Aceito para publicação em 06/11/2019

Referências

AGÊNCIA BRASIL. **Moro condena Cunha a 15 anos de prisão por corrupção, lavagem e evasão de divisa**. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2017-03/moro-condena-eduardo-cunha-15-anos-de-prisao-por-lavagem-de-dinheiro>>. Acesso em: 02/07/2017.

BAHIA, L. **Padrões e mudanças das relações público-privado: os planos e seguros saúde no Brasil**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

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

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

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

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos** [online]. Ano 10, n. 3, set. 2016. Rio de Janeiro: ANS.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos** [online]. Ano 11, n. 4, dez./2017a. Rio de Janeiro: ANS.

CONTRAF. Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo Financeiro. **Audiência pública no Senado discute resolução normativa da ANS nesta terça.** 2011. Disponível em: <<http://www.contrafcut.org.br/noticias/audiencia-publica-no-senado-discute-resolucao-normativa-da-ans-nesta-terca-3764>>. Acesso em: 13/05/2017.

COSEMS-CE. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Ceará. **Estudo prevê que o SUS perderá 654 bilhões caso a PEC 241 seja aprovada.** 2016. Disponível em: <<http://www.cosemsce.org.br/v2/estudo-preve-que-o-sus-perdara-654-bilhoes-caso-a-pec-241-seja-aprovada>>. Acesso em: 20/07/2017.

COUTINHO, C. N. Representação de interesses: formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. F. et al. (Orgs.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** 3. ed. São Paulo: Cortez, p. 47-60, 1995.

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

DOMINGUES, B. Planos Populares: o barato que sai caro. **Radis Comunicação e Saúde, n.** 175, p. 16-21, abr./2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Notícias. **PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 12,7% e taxa de subutilização é de 25,0% no trimestre encerrado em março de 2019.** 2019a. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/24284-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-12-7-e-taxa-de-subutilizacao-e-de-25-0-no-trimestre-encerrado-em-marco-de-2019>>. Acesso em: 12/06/2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Notícias. **Desocupação cai para 12,3% no ano com recorde de pessoas na informalidade.** (2019b). Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23652-desocupacao-cai-para-12-3-no-ano-com-recorde-de-pessoas-na-informalidade>>. Acesso em: 12/06/2019.

JURCA, R. de L. **A construção do direito à saúde segundo a perspectiva da individualização.** Dissertação de mestrado. São Paulo: USP, 2013.

MARA, E. Pacto social e hegemonia burguesa: a reforma do neoliberalismo na era Lula. Tese de doutorado. Recife: UFPE, 2016.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política.** São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** 2003. Tese de doutorado. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social.** Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23(6), p. 2035-2042, 2018.

PINA, J. A.; CASTRO, H. A.; ANDREAZZI, M. F. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 11, n. 3, p. 837-846, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30998>>. Acesso em: 02/05/2017.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 15, n. 38, p. 947-956, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300030&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20/06/2016.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L.. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde em Debate** [online], v. 37, n. 96, p. 96-103, jan.-mar./2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20/06/2016.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L.. **Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014**. Relatório de Pesquisa 2015.

SINCOR-SP. Sindicato dos Corretores de Seguros no Estado de São Paulo. **Ranking das seguradoras 2016**. Disponível em: <<https://www.sincor.org.br/saude-passa-a-ser-principal-ramo-de-seguros-segundo-ranking-das-seguradoras/>>. Acesso em: 27/07/2017.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate** [online], v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06/06/2017.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese de doutorado. Recife: UFPE, 2010.

TEIXEIRA, M. F.; PATRÍCIO, R. G. O fenômeno da “fila dupla” ou “segunda porta” no Sistema Único de Saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. **Revista de Direito Sanitário** [online], v. 11, n. 3, p. 50-62, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13222/15036>>. Acesso em: 02/07/2017.